

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО
Кубанского государственного медицинского
университета Минздравсоцразвития,
Россия, 350000, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14;
Тел. +79284011214. E-mail: ibragim_kuban@mail.ru*

Проведено ретроспективное исследование непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения 148 больных с острым холециститом в сочетании с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в хирургических отделениях в Краснодарском городском центре скорой медицинской помощи (КГЦ СМП) с 2010 по 2012гг.

Ключевые слова: острый холецистит, язвенная болезнь, симультанные операции.

I. Y. TORSHKHOEV

SURGICAL TACTICS IN ACUTE CHOLECYSTITIS CONJUNCTION WITH GASTRIC ULCER AND DUODENAL ULCER

*Department of hospital surgery, Kuban state medical university,
Russia, 350000, Krasnodar, str. 40 e Pobedy, 14;
Tel. +79284011214. E-mail: ibragim_kuban@mail.ru*

A retrospective study of immediate and long-term results of surgical treatment of 148 patients with acute cholecystitis in combination with gastric ulcer and or duodenal ulcers were treated in surgical departments in Krasnodar city center ambulance (KHZ MSP) from 2010 to 2012.

Key words: acute cholecystitis, peptic ulcer disease, simultaneous operations.

Введение

Сочетание острого калькулезного холецистита с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки ставит перед хирургами сложную тактическую задачу [1, 2]. Неэффективность консервативного лечения приступа острого холецистита диктует необходимость выполнения экстренной холецистэктомии. Упорное продолжение консервативного лечения может приводить к формированию плотного воспалительного инфильтрата в подпеченочном пространстве, что снижает шансы на успешное применение лапароскопических технологий [3, 4, 5]. Оставление активной язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке опасно возникновением кровотечения в раннем послеоперационном периоде. В дальнейшем агрессивное и осложненное течение язвенной болезни у ряда больных становится показанием к оперативному лечению [5, 6]. Этапное выполнение вмешательств снижает непосредственный операционный риск, но и применение симультанных операций имеет свои неоспоримые преимущества [4, 5, 6].

Цель – сравнить результаты применения различных тактических подходов при лечении острого холецистита в сочетании с язвенной болезнью.

Материалы и методы

В основу работы положен клинический анализ лечения 148 больных с острым холециститом, имеющих сопутствующие заболевания желудка или двенадцатиперстной кишки, а именно язвенную болезнь, находящихся

в МБУЗ «Городская больница скорой медицинской помощи» г. Краснодара за период с 2006 по 2012 г.

При распределении пациентов на группы учитывали особенности лечения больных (табл. 1).

По тяжести состояния, возрасту, частоте и выраженности механической желтухи, срокам госпитализации больные были примерно одинаковыми. Как в контрольной, так и в основной группе больные поступали в хирургическое отделение по скорой помощи с диагнозом: острый холецистит. Больных обеих групп обследовали по одинаковому алгоритму и проводили однотипную предоперационную подготовку медикаментозными средствами, корригирующими состояние сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, почек, метаболических процессов, а также назначали антибактериальные средства, спазмолитические и дезинтоксикационные препараты, витамины С и группы В.

У больных обеих групп выбор сроков, вида и объема операции осуществляли исходя из следующих положений: выраженности признаков острого холецистита, длительности и выраженности механической желтухи, возраста пациентов, наличия явных признаков холангита, местного или распространенного перитонита, тяжести сопутствующих заболеваний, общего состояния больных. Исходя из этих положений, сохранным больным выполняли ЛХЭ или открытые ХЭ с холедохолитотомией, интраоперационной холангиографией (ИОХГ) и наружным дренированием общего желчного протока, а также дренированием подпеченочного пространства. Пациентам с тяжелым общим

Распределение больных на группы

№ п/п	Группы больных	Количество	
		Абс.	%
1	Контрольная	61	41.2
2	Основная	87	58.8
	Всего	148	100.0

состоянием или в случаях непредвиденных осложнений во время наркоза ограничивались ХЭ с наружным дренированием холедоха и подпеченочного пространства. В послеоперационном периоде им выполняли фистулохолангиографию и при выявлении камней в холедохе производили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с холедохолитоэкстракцией. У соматически тяжелых пациентов с выраженной желтухой и интоксикацией в качестве первого этапа хирургического лечения осуществляли холецистостомию под местной анестезией с холецистохолангиографией для выяснения проходимости пузырного протока для оттока желчи наружу. Затем, в послеоперационном периоде, на 4–7-й день после операции, выполняли ЭПСТ с удалением камней из холедоха в качестве второго этапа операции. Другим вариантом хирургического лечения было проведение первым этапом ЭПСТ с удалением камней из холедоха, а вторым этапом – ЛХЭ с дренированием подпеченочного пространства.

В основной группе тактика отличалась тем, что в процессе хирургического лечения по поводу острого холецистита учитывали наличие сопутствующих заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки и проводили симультанные хирургические вмешательства или операцию ХЭ дополняли медикаментозной терапией сопутствующего заболевания.

В частности, наличие сопутствующих заболеваний гастродуоденальной зоны, подлежащих хирургической коррекции, имело значение для выбора объема операции. Так, выявление у пациентов с острым холециститом каллезных или гигантских язв желудка или двенадцатиперстной кишки, а также язвы желудка при наличии пилородуоденального стеноза 3-й или 4-й степени служило основанием для выполнения открытой симультанной операции ХЭ и резекции желудка.

Наличие у пациентов с острым холециститом дивертикулов двенадцатиперстной кишки с кровотечением было показанием к выполнению операции резекции желудка по методу Бильрот-II и ХЭ после остановки кровотечения, т. е. с исключением двенадцатиперстной кишки из пищеварения.

При обнаружении у больных острым холециститом явлений компенсированной хронической непроходимости двенадцатиперстной кишки дополнительно к ХЭ выполняли ревизию дуоденоюнального перехода и мобилизацию его нижней горизонтальной части, а при явлениях дуоденостаза после операции ваготомии дополнительно к операции ХЭ производили резекцию желудка по Бильрот-II и накладывали дуоденоюнастомоз с энтерозентероанастомозом. Выявление недостаточности сократительной функции кардиального жома желудка с явлениями рефлюкс-эзофагита служило основанием для выполнения операции фундопликации желудка по Ниссену.

В случаях диагностики сопутствующих заболеваний желудка или двенадцатиперстной кишки, не требующих хирургического лечения, проводили медикаментозную терапию в условиях гастроэнтерологического отделения.

Распределение больных по возрасту и полу показало, что основным контингентом пациентов были лица в возрасте 60–69 лет (47 чел., 31,7%), 40–49 лет (32 чел., 21,5%) и 50–59 лет (29 чел., 19,6%). Другие возрастные группы встречались значительно реже. Так, в возрасте до 20 лет был 1 человек (0,6%), в возрасте 20–29 лет – 7 человек (4,6%), в возрасте 30–39 лет – 6 человек (4,4%). В возрасте 70–79 лет было 18 человек (18,1%), 80 и более лет – 7 человек (4,8%).

Во всех возрастных группах преобладали женщины, особенно в возрасте 60–69, 50–59 и 40–49 лет (25,0%, 15,6% и 15,6% соответственно). Соотношение «женщины/мужчины» составило 3,4:1.

Сезонность госпитализации больных. Поступление пациентов в стационар было в разное время года. Наиболее часто больные поступали в стационар в апреле – июне (33,2%), январе – марте (32,4%). Меньшей была госпитализация в июле – сентябре (15,5%).

Сопутствующие заболевания. Все пациенты в наших наблюдениях имели разной степени тяжести сопутствующие заболевания. Так, заболевания органов сердечно-сосудистой системы являются самыми частыми (31,1%). Болезни почек и мочевыводящих путей, а также органов дыхания встречались значительно реже (1,4% и 2,0% соответственно). Следует заметить, что довольно часто у больных выявлялся сахарный диабет II типа (12 чел., 8,3%).

Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями со стороны желудка и двенадцатиперстной кишки были гастродуодениты. Они выявлены у 66 (44,6%) пациентов с острым холециститом, в том числе у 29 человек контрольной группы и у 37 больных основной группы. Различные виды гастритов обнаружены в 28 (19,0%) наблюдениях. Из них у 11 пациентов контрольной группы и у 17 человек основной группы. Язвенная болезнь желудка имела место у 4 больных, и еще у 2 пациентов она сочеталась с пилородуоденальным стенозом 3-й или 4-й степени. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки выявлена у 12 человек, в том числе у 5 больных в первой группе и в 7 наблюдениях во второй группе больных. Дуоденогастральный рефлюкс обнаружен в 17 случаях (15,7%). Он часто сочетался с язвенной болезнью и гастродуоденитами. Парафатеральные дивертикулы выявлены у 6 больных (4,2%). Недостаточность жома кардиального отдела желудка имела место у 6 пациентов (4,2%). Из них в 2 наблюдениях контрольной группы и у 4 больных основной группы. Другие заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки выявлялись более редко.

У всех больных диагноз устанавливали на основе клинических, сонографических, эндоскопических, рен-

тенологических (обзорная рентгенография органов брюшной полости – у 27 больных, беззондовая дуоденография – у 29 человек, ИОХГ – у 99 человек, интраоперационная холецистохолангиография – у 7 больных, послеоперационная фистулохолангиография – у 79 человек, ЭРПХГ – у 20 человек, компьютерная томография – у 14 больных), эндоскопических (холедохоскопия – у 11 человек, фиброгастродуоденоскопия – у 137 человек) и сонографических (у 148 больных) методов.

Результаты и обсуждение

В соответствии с разработанной хирургической тактикой при наличии у больных острым холециститом сопутствующих заболеваний желудка или двенадцатиперстной кишки выполняли различные сочетания оперативных вмешательств (табл. 2).

Как следует из сведений, изложенных в таблице 2, в данной группе больных наиболее часто производили мини-инвазивные хирургические операции посредством ЛХЭ. Так, операция ЛХЭ, холедохотомия, ИОХГ с дренированием подпеченочного пространства выполнена у 38 человек. Операция ЛХЭ с дренированием подпеченочного пространства осуществлена в

лудке и двенадцатиперстной кишке. В 3 наблюдениях операция резекции желудка с ХЭ выполнена при дивертикулах вертикальной и нижней горизонтальной ветвей двенадцатиперстной кишки, сопровождающихся кровотечениями.

В 1 случае произведена лапаротомия с ХЭ, ревизией и мобилизацией нижней горизонтальной части дуоденоюнального перехода в связи с компенсированной хронической проходимостью двенадцатиперстной кишки. В другом наблюдении при дуоденостазе после операции ваготомии выполнена операция резекции 2/3 желудка по Бильрот-II, ХЭ и наложен дуоденоюноанастомоз с энтероэнтероанастомозом.

В случаях, не требующих хирургических вмешательств (хронический гастрит, гастродуоденит, неосложненная язвенная болезнь), при сопутствующих заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки проводили дополнительное медикаментозное лечение наряду с операцией ХЭ.

Для оценки результатов лечения больных в основной группе учитывали те же показатели, а именно: число послеоперационных осложнений и их исходы,

Таблица 2

Виды хирургических вмешательств у больных в основной группе

№ п/п	Виды и объемы хирургических вмешательств	Кол-во
1	ЛХЭ, дренирование подпеченочного пространства	9
2	ЛХЭ, наружное дренирование холедоха, ИОХГ, дренирование подпеченочного пространства	36
3	ЛХЭ, холедохотомия, холедохолитозэкстракция, наружное дренирование холедоха, ИОХГ, дренирование подпеченочного пространства	9
4	Лапаротомия, ХЭ, наружное дренирование холедоха, ИОХГ, дренирование подпеченочного пространства	3
5	Лапаротомия, резекция 2/3 желудка, ХЭ, наружное дренирование холедоха, ИОХГ, дренирование подпеченочного пространства	11
6	Лапаротомия, ХЭ, ИОХГ, мобилизация нижней горизонтальной части дуоденоюнального перегиба, дренирование подпеченочного пространства	1
7	Лапаротомия, резекция 2/3 желудка, ХЭ, дуоденоюноанастомоз с энтероэнтероанастомозом, дренирование подпеченочного пространства	1
8	ЭПСТ, ЭРПХГ, холедохолитозэкстракция, + ЛХЭ, дренирование подпеченочного пространства	8
9	ЭПСТ, ЭРПХГ + лапаротомия, ХЭ, дренирование подпеченочного пространства	3
10	Лапаротомия, ХЭ, ИОХГ, фундопликация по Ниссену, дренирование брюшной полости	2
11	Холецистостомия, холецистохолангиография+ЭПСТ с холедохолитозэкстракцией	4
Всего		87

9 наблюдениях. Операция ЛХЭ, холедохотомия, холедохолитозэкстракция, наружное дренирование холедоха, ИОХГ с дренированием подпеченочного пространства произведены у 9 больных.

Сочетание операции ХЭ с резекцией 2/3 желудка осуществлено у 11 больных. Это были 2 пациента с пилородуоденальным стенозом и язвой желудка, 2 больных с гигантскими язвами желудка, 3 человека с каллезными язвами двенадцатиперстной кишки и в 1 случае при одновременной локализации язвы в же-

длительность стационарного лечения. Результаты исследования видов и количества послеоперационных осложнений показывают, что наиболее частыми из них были пневмонии и тромбофлебиты вен нижних конечностей (по 2 случая). Другие послеоперационные осложнения (острые язвы желудка с кровотечением, острое нарушение мозгового кровообращения, послеоперационный панкреатит) возникли по 1 случаю. Летальный исход отмечен в 1 наблюдении при остром нарушении мозгового кровообращения.

Продолжительность стационарного лечения показывает общую эффективность проводимой терапии в предоперационном и послеоперационном периодах, поскольку при возникновении осложнений длительность стационарного лечения увеличивается. Полученные результаты по продолжительности стационарного лечения показывают, что пациенты основной группы до операции находились в стационаре $1,54 \pm 0,03$ дня. Длительность послеоперационного лечения составила $13,80 \pm 0,47$ дня. Общая продолжительность стационарного лечения равна $15,34 \pm 0,68$ дня. После выполнения симультанных операций в экстренном порядке осложнения зарегистрированы у 2 (12,5%) больных. Летальность составила 6,3%. После отсроченных и плановых симультанных операций осложнения отмечены в 2 (8,7%) наблюдениях. Летальность составила 4,3%.

После выполнения изолированной холецистэктомии (контрольная группа) в экстренном порядке осложнения отмечены в 2 (9,1%) случаях, в плановом – у 1 (3,8%) больного. Еще у 3 (6,3%) пациентов ранний послеоперационный период осложнился кровотечением из язвы, что потребовало выполнения экстренной лапаротомии. Общее количество осложнений составило 12,5%, операционная летальность – 6,2%. Средние сроки пребывания в стационаре составили $14,2 \pm 2,3$ дня.

На второй этап оперативного лечения поступили всего 4 (8,3%) человека. Еще 6 (12,5%) больных в течение первого года после холецистэктомии оперированы в экстренном порядке по поводу различных осложнений язвенной болезни с летальностью 16,7%.

Таким образом, применение симультанных операций в лечении сочетания острого холецистита и язвенной болезни не приводит к увеличению числа осложнений,

росту операционной летальности и практически не увеличивает сроки лечения в стационаре. Отдаленные результаты убеждают в наличии медицинских и экономических преимуществ применения симультанных операций, что позволяет рекомендовать их применение в клинике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко В. А. Экстренные и срочные хирургические вмешательства у больных при сочетании язвенной болезни и калькулезного холецистита // В сб. : Пироговская хирургическая неделя. – СПб, 2010. – С. 249–250.
2. Быстров С. А., Жуков Б. Н., Бизярин В. О. Мини-инвазивные операции в лечении желчекаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском // Хирургия. – 2010. – № 7. – С. 55–59.
3. Добровольский С. Р., Богопольский П. М., Нагай И. В. и др. Преимущества и недостатки различных способов холецистэктомии // Хирургия. – 2004. – № 7. – С. 56–60.
4. Иванов Ю. В., Соловьев Н. А., Шарнов М. Б. Современные представления о сочетанной хирургической патологии и симультанных операциях // Анналы хирургии. – 2007. – № 4. – С. 17–20.
5. Смотрич С. М., Гаверлик Б. Л., Нечипоренко Н. А., Нечипоренко А. Н. Симультанные операции при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Мат. XIV съезда хирургов Республики Беларусь. – Витебск, 2010. – С. 455–456.
6. Ahmad F., Soomro I., Maher M. Role of laparoscopic cholecystectomy in the management of acute cholecystitis // Annals. – 2007. – V. 13. № 4. – P. 238–241.
7. Biswas S. K., Saha J. C., Rahman M. M., Rahman M. A. Laparoscopic cholecystectomy in acute calculus cholecystitis // Experience at district level hospital faridpur med. coll. j. – 2010. – V. 5. № 1. – P. 3–6.

Поступила 2.02.2013

В. З. ТОТИКОВ, Д. В. ТОБОЕВ, З. В. ТОТИКОВ, В. В. МЕДОЕВ, Т. Б. АРДАСЕНОВ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*Кафедра госпитальной хирургии с онкологией ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава РФ,
Россия, 362019, РСО – Алания, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40.
Тел. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com*

Изучен опыт лечения 312 пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой. Лечение начиналось с проведения интенсивной и поддерживающей терапии. Оптимальными сроками проведения консервативного лечения является 2–3 дня. Выбор метода декомпрессии при двухэтапной тактике лечения должен зависеть от уровня обтурации, размера конкрементов, наличия расширения внутрипеченочных желчных протоков.

Ключевые слова: холедохолитиаз, механическая желтуха, печеночная недостаточность.

V. Z. TOTIKOV, D. V. TOBOEV, Z. V. TOTIKOV, V. V. MEDOEV, T. B. ARDASENOV

THE SURGICAL APPROACH OF PATIENTS WHO HAVE CHOLEDOCHOLITHIASIS COMPLICATED BY OBSTRUCTIVE JAUNDICE

*Hospital surgery department with oncology GBOU VPO SOGMA Russian ministry of health,
Russia, 362019, North Ossetia – Alania, Vladikavkaz, Pushkinskaya, str., 40.
Tel. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com*

The experience of treatment of 312 patients who had choledocholithiasis complicated by obstructive jaundice has been studied. The treatment began with use of intensive and supporting therapy during the first 2–3 days. When there was no effect of medicament therapy the light invasive methods of decompression were used.

Key words: choledocholithiasis, obstructive jaundice, hepatic impairment.