

Н.В. Ташкинов¹, Е.В. Николаев¹, Н.И. Бояринцев¹, П.В. Крячек², В.П. Бельмач², А.В. Сучков², В.Е. Бак¹

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Дальневосточный государственный медицинский университет¹,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
Городская клиническая больница №11², 680015, ул. Аксенова, 41, г. Хабаровск

Резюме

Анализируется опыт лапароскопической и «открытой» холецистэктомии у 891 больного с острым холециститом за период времени с 2006 по 2009 г. Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена у 732 (82%) больных, «открытая» — у 159 (18%). Послеоперационная летальность составила 2,1%. Применение лапароскопической холецистэктомии по Прибраму и лапароскопической холедохолитотомии в дополнение к стандартной лапароскопической холецистэктомии и эндоскопической папиллосфинктеротомии позволяет уменьшить возможность повреждения гепатикохоледоха, частоту перехода на лапаротомию и летальность.

Ключевые слова: острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопическая холедохолитотомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

N.V. Tashkinov, E.V. Nikolaev, N.I. Boyarentsev,
P.V. Kryatchek, V.P. Belmach, A.V. Suchkov, V.E. Bak

IMPROVEMENT OF OPERATIVE TREATMENT RESULTS FOR CALCULUS CHOLECYSTITIS

Far Eastern State Medical University,
City hospital №11, Khabarovsk

Summary

For a 4-year period (2006-2009) 891 patients were submitted to laparoscopic and «open» operations for acute cholecystitis. During this time, laparoscopic cholecystectomy was performed in 732 (82%) patients, «open» cholecystectomy — in 159 (18%). Total mortality rate was 2,1%. Pribram's laparoscopic cholecystectomy and laparoscopic choledocholithotomy significantly decrease the frequency of bile duct injuries, conversions and lethal outcomes.

Key words: acute cholecystitis, bile duct stones, laparoscopic cholecystectomy, laparoscopic choledocholithotomy, endoscopic papillosphincterotomy.

Операция удаления желчного пузыря при калькулезном холецистите берет свое начало с конца XIX в., когда в 1882 г. немецким хирургом С. Langenbuch была выполнена первая холецистэктомия. Данная операция не сразу получила широкое признание среди хирургов. Это было связано с тем, что даже у выдающихся хирургов того времени наблюдалась высокая летальность после удаления желчного пузыря. Так, Courvoisier (1890) выполнил 47 холецистэктомий с 10 летальными исходами. Большое влияние на выбор холецистэктомий, как оптимальной операции при остром калькулезном холецистите, оказали работы Riedel (1903), W.Mayo, C. Mayo (1905), Kehr (1913), Moynihan (1916), С.П. Федорова (1934) и других хирургов. По прошествии более 100 лет с момента первой холецистэктомии С.К. MacSherry (1989) оценил операцию удаления желчного пузыря как «золотой стандарт» в лечении данной патологии. В то же время результаты хирургического лечения острого калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста, страдающих тяжелой сопутствующей патологией, не могли удовлетворить хирургов. Например, у пациентов старше 60 лет летальность достигала 10,6-24,6% (Д.А. Ахтамов, 1995; В.Н. Вечерко и соавт., 1995; Н.И. Бурхенне, 1989), а при осложненных формах острого холецистита — 43% (В.Л. Прикупец, 1988). Основными причинами летальных исходов у больных старшей возрастной группы являлись тяжелые сопутствующие заболевания, которые в послеоперационном периоде нередко становились источником развития смертельных осложнений. Стремление к уменьшению травматичности операции привело к разработке методики лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), впервые выполненной Е. Muhe в 1986 г., а в нашей стране А.С. Балалыкиным и Ю.И. Галлингером в 1991 г. (А.С. Балалыкин, 1996).

За короткий срок новая лапароскопическая технология удаления желчного пузыря завоевала широкое признание во всем мире. В последние годы у большинства больных с острым калькулезным холециститом операцией выбора стала ЛХЭ, основным преимуществом которой является более низкая частота осложнений и летальных исходов. Одновременно с положительными сторонами ЛХЭ было отмечено более частое повреждение гепатикохоледоха по сравнению с «открытыми» операциями. Например, частота повреждений гепатикохоледоха при проведении ЛХЭ по поводу острого холецистита составляет 0,5-1,9% (А.Ф. Васильев и соавт., 2004; Б.К. Шуркалин и соавт., 2004; С.А. Касумьян и соавт., 2005; В.К. Семенов и соавт., 2005; В.П. Сажин и соавт., 2006). В то же время анализ результатов ЛХЭ показал значительное снижение частоты летальных исходов по сравнению с «открытыми» операциями. По данным Б.К. Шуркалина

и соавт. (2004), на 895 ЛХЭ, выполненных при остром холецистите, летальные исходы наблюдались у 2 (0,2%) больных от острого инфаркта миокарда. По данным В.П. Сажина и соавт. (2006), летальность после ЛХЭ при остром холецистите составила 0,3%. Летальные исходы после ЛХЭ при остром калькулезном холецистите у Ф.А. Бабаева и соавт. (2006) наблюдались в 6 (0,9%) случаях. В то же время такие низкие показатели летальности не свидетельствуют об удовлетворительном состоянии проблемы оперативного лечения острого холецистита.

Имеется большая группа больных, у которых выполнить ЛХЭ не удается. Так, К. Gharaibeh et al. (2002) отметили, что частота перехода на лапаротомию при проведении ЛХЭ в течение первых 3 сут от начала приступа острого холецистита составила 3,8%, в то время как у больных, оперированных позднее 3 сут от начала приступа, частота конверсии составила 16,7%. G. Liguori et al. (2003) при ЛХЭ, выполненных в первые 72 ч от начала приступа острого холецистита, наблюдал 15% переходов на лапаротомию, в то время как при ЛХЭ, произведенных позднее 72 ч, — 23,8% конверсии. Поэтому большая группа больных оперируется «открытым» способом, при котором показатели летальности значительно выше.

Другой причиной, ухудшающей результаты лечения больных с острым калькулезным холециститом, является сопутствующий холедохолитиаз, нередко осложненный механической желтухой, гнойным холангитом и острым панкреатитом. Широкое применение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в сочетании с литотрипсией и литоэкстракцией полностью не решают проблему. Было установлено, что экстракция конкрементов и контактные методы литотрипсии при ЭПСТ были неэффективны в 10-30% случаев, что заставляло в дальнейшем отказываться от проведения ЛХЭ в пользу «открытой» холецистэктомии и холедохолитотомии (Ю.А. Нестеренко и соавт., 2008; P. Vogelbach, 1997). Кроме того, тяжелые осложнения после ЭПСТ наблюдаются в 4,2-11,3% случаев, что приводит к летальным исходам у 0,1-2,0% больных (В.И. Ревякин и соавт., 2008; Ю.А. Нестеренко и соавт., 2008; M. Freeman et al., 1996). Также не решает проблему холедохолитиаза и лапароскопическая холедохолитотомия. По мнению ряда авторов (Г.А. Клименко, 2000; А.Г. Кригер и соавт., 2000), лапароскопическая холедохолитотомия является технически сложной операцией, которая опасна развитием ряда тяжелых осложнений, таких как несостоятельность швов холедоха, острый панкреатит, послеоперационная стриктура холедоха и т.д.

Резюмируя вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что проблема оперативного лечения острого калькулезного холецистита еще далека от разрешения. Мы провели анализ результатов лечения острого калькулезного холецистита за последние годы. При этом было отмечено, что, несмотря на решение в последние годы ряда организационных (в каждой бригаде имеется опытный эндоскопист) и технических (широкое внедрение в практику стандартной ЛХЭ и лапароскопической холецистэктомии по Прибраму, эндоскопической папиллосфинктеротомии и лапароскопической холедохолитотомии) проблем, показатели летальности существенно не уменьшились. Например, если показатель летальности при остром холецистите за период с 2001 по 2005 г. был 2,5%, то за период с 2006 по 2009 г. этот показатель составил 2,1%. Анализ 19 летальных исходов на 891 операцию удаления желчного пузыря при остром калькулезном холецистите за период с 2006 по 2009 г. позволил установить следующее. ЛХЭ была выполнена у 732 (82%) больных, летальные исходы наблюдались в 3 (0,4%) случаях. В то же время после 159 (18%) операций «открытой» холецистэктомии наблюдалось 16 (10,1%) летальных исходов. Основной причиной выполнения «открытых» холецистэктомий являлась техническая невозможность эндоскопического удаления желчного пузыря и устранения холедохолитиаза.

Умершие пациенты были в возрасте от 56 до 85 лет, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. У всех этих больных имелся острый деструктивный (флегмонозный, гангренозный, перфоративный) холецистит. В подавляющем большинстве случаев (у 15 из 19 больных) острый холецистит был осложнен холедохолитиазом и механической желтухой. У большинства больных (11 из 19) причинами летальных исходов являлись внеабдоминальные осложнения (тромбоэмболия легочной артерии, острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда, двусторонняя пневмония).

Таким образом, по нашему мнению, имеются следующие резервы по улучшению результатов лечения острого калькулезного холецистита. Во-первых, необходимо стремиться к дальнейшему уменьшению количества «открытых» операций, выполняя в максимально более ранние сроки ЛХЭ и эндоскопическую папиллосфинктеротомию или супрапапиллярную холедоходуоденостомию с удалением конкрементов из гепатикохоледоха. Во-вторых, необходимо, чтобы все эндохирурги овладели не только стандартной ЛХЭ, но и методиками лапароскопической холецистэктомии по Прибраму и лапароскопической холедохолитотомии. В третьих, у больных с крайне высокой степенью операционно-анестезиологического риска необходимо выполнять ультразвуковую или лапароскопическую микрохолецистостомию, которая, безусловно, не является радикальным вмешательством, но сопровождается существенно меньшим операционным риском по сравнению с лапароскопической холецистэктомией. И, наконец, у больных с конкрементами желчного пузыря и приступами печеночных коликов необходимо расширять показания к ЛХЭ. Практика показывает, что рано или поздно калькулез желчного пузыря проявляет себя развитием острого деструктивного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи, гнойного холангита и острого билиарного панкреатита. В этих случаях, как правило, применяются многоэтапные многочасовые вмешательства, которые сопровождаются относительно высокой частотой осложнений и летальных исходов. По сравнению с этим продолжительность ЛХЭ, выполняемой в «холодном» периоде, обычно не превышает 30-40 мин, и пациенты выписываются, как правило, через 3-4 дн. после операции.

Л и т е р а т у р а

1. Ахтамов Д.А. Причины летальности при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста и пути ее снижения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Самара, 1995. - 39 с.
2. Бабаев Ф.А., Климов А.Е., Малюга В.Ю. Ранние послеоперационные осложнения после лапароскопической холецистэктомии: тез. докл. IX Всерос. съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 15-17 февраля 2006 г.) // Эндоскопическая хирургия. - 2006. - №2. - С. 10.
3. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия [под ред. А.С. Балалыкина] - М.: ИМА-пресс, 1996. - 152 с.
4. Васильев А.Ф., Братчиков Е.В., Акимов В.Н. и др. Хирургическая тактика при осложнениях во время выполнения лапароскопической холецистэктомии: тез. докл. VII Всерос. съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 16-19 февраля 2004 г.) // Эндоскопическая хирургия. - 2004. - № 1. - С. 35-36.

5. Вечерко В.Н., Курденкова З.В., Конопля П.П. Хирургическое лечение холецистита у больных пожилого и старческого возраста // *Клин. хирургия*. - 1995. - № 11. - С. 19-20.
6. Касумьян С.А., Некрасов А.Ю., Сергеев А.В. и др. Лапароскопия в диагностике и лечении острого холецистита: тез. докл. VIII Всерос. съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 15-17 февраля 2005 г.) // *Эндоскопическая хирургия*. - 2005. - № 1. - С. 68.
7. Клименко Г.А. Холедохолитиаз. Диагностика и оперативное лечение. - М.: Медицина, 2000. - 28 с.
8. Кригер А.Г., Джебаев К.Э., Воскресенский П.К. и др. Опасности, ошибки и осложнения при лапароскопических операциях на желчных путях // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2000. - Т. 5, №1. - С. 90-97.
9. Нестеренко Ю.А., Бурова В.А., Тронин Р.Ю. Возможности ограничения и осложнения эндобилиарных вмешательств у больных с холедохолитиазом: сб. тез. докл. XII Моск. междунар. конгресса по эндоскопической хирургии (Москва, 23-25 апреля 2008 г.). - С. 295-296.
10. Прикупец В.Л. Острый осложненный холецистит у больных пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1988. - 59 с.
11. Ревякин В.И., Гринев С.В., Прокушев В.С. Тактика рентгеноэндоскопического лечения холедохолитиаза // *Эндоскопическая хирургия*. - 2008. - № 2. - С. 3-9.
12. Сажин В.П., Юрищев В.А., Климов Д.Е. и др. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите: тез. докл. IX Всерос. съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 15-17 февраля 2006 г.) // *Эндоскопическая хирургия*. - 2006. - № 2. - С. 117-118.
13. Семенцов В.К., Курицын А.Н., Сорока А.К. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите: тез. докл. VIII Всерос. съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 15-17 февраля 2005 г.) // *Эндоскопическая хирургия*. - 2005. - № 1. - С. 184.
14. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А. и др. Результаты лапароскопической холецистэктомии: тез. докл. VII Всерос. съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 16-19 февраля 2004 г.) // *Эндоскопическая хирургия*. - 2004. - № 1. - С. 187.
15. Burhenne H. Can the newer interventional procedure replace cholecystectomy for cholelithiasis // *Radiology*. - 1989. - Vol. 170. - P. 574-575.
16. Freeman M., Nelson D., Sherman S. et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy // *N.Eng.J.Med.* - 1996. - Vol. 335. - S. 909-918.
17. Gharaibeh K., Qasaimeh G., Al-Heiss H. et al. Effect of timing of surgery, type of inflammation and sex on outcome of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis // *J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech.A.* - 2002. - Vol. 12, № 3. - P. 193-198.
18. Liguori G., Bortul M., Castiglia D. The treatment of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis // *Ann. Ital. Chir.* - 2003. - Vol. 74, №5. - P. 517-521.
19. MacSherry C.K. Cholecystectomy: the gold standart // *Amer. J. Surg.* - 1989. - Vol. 151. - P. 352-357.
20. Vogelbach P. Biliary tract injury in the area of laparoscopic surgery - mechanisms, treatment and prevention // *European Congress of the International Hepato-Pancreato-Biliary Association, Hamburg, 8-12 June, 1997.* - P. 197.

Координаты для связи с авторами: *Ташкинов Николай Владимирович* — доктор мед. наук, профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии ДВГМУ, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, тел./факс: 8-(4212)-32-63-93; *Николаев Евгений Витальевич* — доктор мед. наук, профессор, зав. каф. хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, тел./факс: 8-(4212)-32-63-93; *Бояринцев Николай Иванович* — доктор мед. наук, профессор, зав. каф. хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, тел./факс: (4212)-32-63-93; *Крячек Петр Владиславович* — гл. врач МУЗ «Городская больница № 11», e-mail: muz_sv11@medadmin.info; *Бельмач Виталий Павлович* — канд. мед. наук, зав. отделением хирургии МУЗ «Городская больница № 11», e-mail: muz_sv11@medadmin.info; *Сучков Александр Васильевич* — врач-хирург МУЗ «Городская больница № 11», e-mail: muz_sv11@medadmin.info; *Бак Вячеслав Енчевич* — аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопической и пластической хирургии ДВГМУ, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, тел./факс: (4212)-32-63-93.

