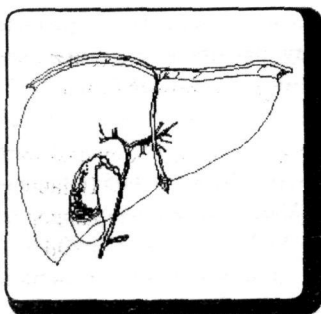




М.М. Винокуров, А.П. Петров

ДВУХЭТАПНАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Медицинский институт Якутского государственного университета,
г. Якутск

Хирургическое лечение острого калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой, является одной из актуальных проблем современной хирургии. Это связано, прежде всего, с ростом заболеваемости калькулезным холециститом и высоким процентом осложнений и летальности. Большое количество послеоперационных осложнений и летальность объясняются тем, что операции выполняют большей частью у больных пожилого и старческого возраста, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания.

В последние годы все большее признание находит двухэтапная тактика в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой [5]. Основной задачей первого лечебного этапа является ликвидация холестаза и холемии путем применения эндоскопических и рентгеноэндобилиарных вмешательств, которые можно применять до и после оперативного лечения [4]. Однако успех эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в послеоперационном периоде не всегда является удачным. Частота неудач колеблется от 4 до 18% [1, 6]. В задачи второго этапа входит выполнение отсроченной хирургической операции после разрешения желтухи [3].

Материалы и методы

Клинический материал основан на ретроспективном анализе 153 больных с острым холециститом, осложненным механической желтухой, пролеченных в хирургическом отделении Республиканской больницы №2 Центра экстренной медицинской помощи за период с 2002 по 2006 г. Среди наблюдавшихся было 76 больных (49,5%) в возрасте до 60 лет и 77 больных (50,5%) старше 60 лет. Преобладающее количество больных состави-

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст лет	Мужчины	Женщины	Кол-во больных	
			n	%
20-29	-	3	3	2
30-39	1	8	9	6
40-49	9	18	27	18
50-59	13	24	37	24
60-69	13	27	40	26
70-79	7	19	26	17
Старше 80	5	6	11	7
Всего	48	105	153	100

Резюме

Проведен ретроспективный анализ 153 больных с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, находившихся на лечении в клинике в период с 2002 по 2006 г. Установлено, что при применении двухэтапного метода лечения возможно достичь наилучших результатов, снизить уровень послеоперационных осложнений и летальности.

М.М. Vinokurov, A.P. Petrov

TWO-STAGE MEDICAL TACTICS IN PATIENTS WITH ACUTE CALCULUS CHOLECYSTITIS COMPLICATED WITH MECHANICAL JAUNDICE

Medical institute of the Yakut State University, Yakutsk

Summary

Retrospective analysis of 153 patients with acute calculus cholecystitis complicated with obstructive jaundice treated in the hospital from 2002 to 2006 has been made. The use of two-stage method of treatment has been found out to give the best result of treatment, to reduce post-operative complications and mortality rate.

ли женщины — 105 (68,5%) больных, мужчин было 48 (31,5%) (табл. 1).

В определении категории тяжести физического состояния больного важное значение имеют характер и тяжесть сопутствующих заболеваний, данные физикального осмотра, результатов лабораторно-инструментальных исследований [2]. Категория тяжести определялась по сумме баллов факторов операционного риска как при поступлении больного в стационар, так и после корригирующей инфузионно-медикаментозной терапии. Из 153 больных в возрасте до 60 лет 76 больных были с II и III категорией тяжести физиологического состояния; с IV категорией — 3 больных. Из 77 больных старше 60 лет 56 больных были со II и III категорией тяжести и с IV-V категорией тяжести физического состояния — 21 пациент (табл. 2).

Вследствие трудностей в постановке диагноза и необходимости дифференцирования с другими видами желтухи, требуется применение комплекса инструментальных методов исследования [4].

На первом этапе лечения применяли эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ)

Таблица 2

Распределение больных по возрасту и категории тяжести физического состояния

Возраст, лет	Категория тяжести физического состояния					Всего больных
	I	II	III	IV	V	
До 60	-	44	29	3	-	76
60-69	-	18	15	5	2	40
70-79	-	6	14	3	3	26
80-89	-	-	3	4	4	11
Итого	-	68 (44%)	61 (40%)	15 (10%)	9 (6%)	153

и папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). Обследование больных начинали с ультразвукового исследования (УЗИ), и после этого решался вопрос о целесообразности выполнения ЭРПХГ.

Результаты и обсуждение

На основании результатов исследований были выявлены различные причины, вызвавшие обтурацию желчных протоков. После проведения ЭРПХГ холедохолитиаз диагностирован у 116 (76%) больных, из них: крупный конкремент более 1 см обнаружен у 24 больных; вколоченный камень — в 8 случаях; множественные конкременты холедоха — в 13 случаях; рубцовый стеноз большого дуоденального соска (БДС) — у 17 (11%), литиаз желчных протоков в сочетании со стенозом БДС — у 6 (4%), аденома БДС — у 4 (3%), хронический панкреатит с расширением Вирсунгова протока — у 10 (6%). Второе место среди причин обтурационного холестаза занял рубцовый стеноз БДС — 17 (11%) случаев, который сочетался с литиазом желчных протоков у 6 (4%) больных.

Для устранения гипертензии в билиарном тракте на первом этапе 97 (63%) больным производилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Эффективность ЭПСТ определялась по устранению желтухи или ликвидации препятствия для желчеоттока, что в конечном итоге позволило воздержаться от хирургической операции у 15 (9,8%) больных или значительно сократить объем операций у 47 (30%) больных. Устранение механического препятствия к оттоку желчи ликвидировало желтуху у 37 (32,8%) больных с холедохолитиазом, а также выполнением этой эндоскопической операции устранен стеноз БДС, обусловленный его рубцеванием или аденомой у 17 больных. У 14 (9%) больных с IV и V категорией тяжести физического состояния произведено чрескожно-чреспеченочное дренирование желчных протоков.

Применение ЭРПХГ и ЭПСТ сопровождалось развитием осложнений у 6 (4,7%) больных (кровотечение — у 2, острый панкреатит — у 4). После ЭПСТ у 2 больных отмечалось умеренное кровотечение из папиллотомного разреза. У 4 больных развился острый панкреатит. Летальных исходов после ЭРПХГ и ЭПСТ не было.

По результатам оценок физического состояния до и после разрешения желтухи, инфузионно-медикаментозная терапия у половины больных приводит к снижению операционного риска и у четверти процентов больных — к снижению категории тяжести.

Из 153 больных на втором этапе лечения оперирован 121 пациент. Оперированы традиционным способом 42 больных. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) проведена у 68 больных; мини-доступом оперированы 11 больных; мини-инвазивные методы оперативного лечения проводились только у больных с I-III категорией тяжести. Летальные исходы были в 3 случаях после широкой лапаротомии у больных с IV и V категорией тяжести физического состояния. После мини-инвазивных операций летальных исходов не было.

Таким образом, первый лечебный этап, направленный на ликвидацию холестаза и холемии эндоскопическим неоперативным путем, позволяет, за счет устранения желтухи и других факторов операционного риска, уменьшить категорию тяжести состояния больного и способствовать более благоприятному течению операции и послеоперационного периода на втором этапе лечения. В связи с этим проведение первого лечебного этапа вместе с дезинтоксикационной и корригирующей терапией показано всем больным с острым холециститом, осложненным механической желтухой.

Л и т е р а т у р а

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. М., 1996.
2. Винокуров М.М. Острый холецистит: пути улучшения результатов хирургического лечения. Новосибирск: Наука, 2002.
3. Гальперин Э.И., Насиров Ф.Н. // Хирургия. 1983.
4. Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Фаллер А.П. и др. // Лапароскопическое лечение холедохолитиаза: Сб. тез. докл. II Моск. междунар. конгр. по эндоскоп. хирургии. М., 1997. С. 56-57.
5. Савельев В.С., Филимонов М.И., Василенко Ю.В. и др. // Хирургия. 1995. №1.
6. Berthou J.C. SurgEndoscop 1998; Vol. 12, №1. P. 12-16.

