

© Кузнецов Ю.Н., 2004
УДК 616.36-008.51/64-089

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТА

Ю.Н. Кузнецов

Кафедра госпитальной хирургии Рязанского государственного
медицинского университета имени академика И.П. Павлова,
МУЗ ГК БСМП г. Рязани

В статье приведены данные о возможностях и результатах применения эндоскопической папиллосфинктеротомии, диапневтической лапароскопии, видеолапароскопических операций при остром холецистопанкреатите.

Частота сочетанных поражений билиарной системы и поджелудочной железы составляет, по данным различных авторов, от 24 до 70%. Больные с острым холециститом и острым панкреатитом занимают по частоте второе место после острого аппендицита среди экстренно госпитализированных. Сохраняется высокая летальность при деструктивных формах заболевания. Острый холецистопанкреатит (ОХП) является одной из важнейших проблем экстренной хирургии [1, 3].

В развитии острого холецистопанкреатита наибольшее значение имеют протоковая гипертензия, инфекционно-аллергический и сосудистый факторы [4]. Ведущая роль принадлежит патологии большого дуоденального соска (БДС). БДС является основным местом, где возникает постоянное или транзиторное препятствие оттоку желчи и панкреатического сока и развивается протоковая гипертензия, которая является центральным патогенетическим звеном при ОХП, особенно при желчнокаменном.

Задачами хирургического лечения ОХП являются ликвидация внутрипротоковой гипертензии и санация желче-

выводящих путей.

В решении данной задачи большая роль в настоящее время принадлежит эндохирургическим технологиям. Это эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), лечебно-диагностическая лапароскопия, видеолапароскопическая операция на желчевыводящих путях.

Материалы и методы

Эндохирургические методы лечения применены у 154 (29,9%) из 515 больных с ОХП, находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии Рязанского ГМУ на базе ГКБСМП за пять лет.

ЭПСТ произведена 115 больным с ОХП. С желчнокаменным ОХП (ЖОХП) было 104 пациента, с бескаменным ОХП (БОХП) - 11 пациентов. Возраст больных колебался от 19 до 93 лет. Показанием к проведению ЭПСТ у больных с ОХП явились клинические, лабораторные, ультразвуковые и эндоскопические симптомы гипертензии в желчевыводящих путях, нарушения (блокады или затруднения) оттока желчи и панкреатического сока через большой дуоденальный сосок. При оценке результатов ЭПСТ учитывалась клини-

ко-лабораторная динамика заболевания.

Лечебно-диагностическая лапароскопия произведена 28 больным с ОХП: в 24 (85,71%) случаях при желчнокаменном ОХП, в 4 (14,29%) - при бескаменном ОХП. Цель лапароскопии при ОХП - установление или уточнение диагноза и лечебные манипуляции. Основная лечебная задача - декомпрессия протоковой системы посредством лапароскопической холецистостомии, что позволяет при отсутствии некротического процесса купировать воспалительный процесс как в ЖВП, так и в ПЖ. Лапароскопия произведена в сроки от 2 часов до 14 суток с момента поступления. В 12 (42,9%) случаях она выполнена в первые 6 часов, т.е. носила срочный характер. Возраст больных - от 15 до 100 лет. Наибольшее количество больных - 17 (60,71%) было в возрасте от 71 до 90 лет, когда у пациентов имеется от двух и более сопутствующих заболеваний, низкий компенсаторный потенциал, объективная картина при осмотре живота стертая.

Видеолапароскопические холецистэктомии выполнены 35 больным: при желчнокаменном катаральном (24) и деструктивном (11) холецистите в сочетании с отечной формой острого панкреатита. В 6 случаях холецистэктомия дополнена наружным дренированием холедоха по Пиковскому - в четырех случаях при катаральном, в двух - при деструктивном холецистите.

Дренирование холедоха произведено при срочных операциях, холедохолитиазе (до операции удален вклиненный конкремент терминального отдела холедоха при экстренной ЭПСТ), диаметре холедоха больше 6 мм по данным УЗИ, неудачной попытке РХПГ.

Операции произведены в сроки от первых до 27 суток: экстренные - 2,

срочные - 4, остальные - отсроченные. Наибольшее количество (74,3%) произведено на 8-20 сутки. Возраст больных - от 19 до 75 лет. В предоперационном периоде 31 больному произведена ФГДС, 20 из них произведена ЭПСТ. 10 пациентам произведена ретроградная холангиография. Интраоперационная холангиография произведена троим больным. В одном случае проходимость БДС проконтролирована дополнительно антеградным проведением зонда через пузырный проток с интраоперационной фибродуоденоскопией.

Во время видеолапароскопических операций при катетеризации пузырного протока с целью холангиографии или дренирования холедоха по Холстеду - Пиковскому часто возникают трудности с введением трубки в пузырный проток и далее в общий желчный проток. С целью облегчения данной манипуляции нами предложен способ лапароскопической катетеризации пузырного протока (Удостоверение на рационализаторское предложение №1074, выданное Рязанским государственным медицинским университетом имени академика И.П. Павлова 5 июня 2000 г.) [2].

Статистическая обработка материала произведена с использованием пакета для статанализа Statistica 5.0 StatSoft.

Результаты и их обсуждение

При оценке результатов ЭПСТ нами выделены три варианта клинического эффекта:

- хороший - стихание основных клинических симптомов в течение 1 суток: купирование болевого синдрома, симптоматики со стороны живота, нормализация лабораторных показателей (лейкоцитоза, амилаземии, диастазурии);

- удовлетворительный - значительное улучшение состояния больного: уменьшение болевого синдрома, явное улучшение объективной картины со стороны живота, положительная динамика лабораторных показателей;
- неудовлетворительный - улучшения в течении заболевания после ЭПСТ не выявлено (состояние без динамики или прогрессирование заболевания).

Хороший и удовлетворительный результат ЭПСТ наблюдался у 81 (70,4%) больного из 115 с ОХП. При ЖОХП положительный эффект получен при отечной форме панкреатита в сочетании с любой формой воспаления ЖП у 68 из 86 с отеком ПЖ, т.е. в 79,1%: хороший - у 32 пациентов, удовлетворительный - у 36. На фоне ЖКБ при панкреонекрозе положительный эффект отмечен в 38,9%, при сочетании с деструктивным холециститом - только в одном случае из 7.

При БОХП результаты ЭПСТ хуже. Положительный эффект отмечен у 6 из 11 больных, т.е. в 54,6%.

Нами проведен анализ эффективности ЭПСТ в зависимости от сроков ее проведения. Положительный результат наблюдается значительно чаще при проведении ЭПСТ в первые 72 часа. Наилучшие показатели при этом отмечаются в группе больных, которым ЭПСТ произведена в первые 6 часов с момента госпитализации - в 18 случаях из 23 - в 78,3%. При ЭПСТ позже 72 часов положительный результат отмечен в 57,7%, неудовлетворительный - в 42,3%.

Эндоскопически конкременты терминального отдела холедоха удалены у 20 больных. В одном случае попытка удаления не удалась, конкремент удален

путем холедохолитотомии. При анализе результатов ЭПСТ в зависимости от протяженности папиллосфинктеротомии выявлено следующее - положительный результат чаще отмечался при длине ЭПСТ 15 мм и больше.

Осложнения во время или в связи ЭПСТ возникли у 16 пациентов (13,9%). В 13 случаях - кровотечение (кровопотеря незначительная). После эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии в сочетании с ЭПСТ в 2 случаях - повторный приступ панкреатита, в 1 - сочетание кровотечения с панкреатитом.

В связи с неясностью клинической картины заболевания лапароскопия произведена 16 больным. По ходу диагностики лапароскопия принимала лечебный характер. 12 лапароскопий планировались и выполнялись при установленном диагнозе с целью лечебных манипуляций - декомпрессионной холецистостомии и удалении воспалительного экссудата. У 21 больного отмечался деструктивный характер заболевания. Флегмонозное или гангренозное воспаление желчного пузыря было у 14 больных, панкреонекроз различной формы - у 10 больных. Сочетание деструктивного поражения желчного пузыря и поджелудочной железы отмечено у 3 больных. Трое пациентов были с холедохолитиазом. Желтуха смешанного характера - у 4 пациентов, механическая - у двоих. Дренирование брюшной полости произведено всем 28 больным. Удаление токсичного выпота считаем важным моментом в лечении ОХП. С целью декомпрессии билиарной системы 5 больным произведена лапароскопическая холецистостомия. У 7 пациентов лапароскопическую холецистостомию произвести не удалось. Наиболее частая причина - паравезикальный ин-

фильтрат, спаечный процесс. Троим больным во время лапароскопии произведена катетеризация круглой связки печени и новокаиновая блокада.

По результатам лапароскопии двоим больным произведено срочное оперативное вмешательство. Четверо пациентов оперировано после стабилизации состояния.

В одном случае лапароскопическая холецистостомия и дренирование брюшной полости явились единственным инвазивным пособием, которое позволило вывести больного из тяжело-го состояния.

Осложнение в связи с лапароскопией было в одном случае (3,57%) - после лапароскопической холецистостомии выпала трубка из желчного пузыря, что привело к перитониту. Больная оперирована, выписана в удовлетворительном состоянии.

У трех больных старческого возраста было сочетанное применение ЭПСТ и лапароскопии в разной последовательности. Например, у больной 90 лет с ЖОХП была произведена экстренная лапароскопия, холецистостомия и дренирование брюшной полости. После стабилизации состояния фистулохолестохопангиография - выявлен холедохолитиаз, который устранен эндоскопической ПСТ и литоэкстракцией - выписана в удовлетворительном состоянии.

Из 20 больных, оперированных видеолапароскопическим методом, при ЭПСТ в предоперационном периоде положительный клинический эффект отмечен у 15 (75%) пациентов. Из них у 7 больных при РХПГ выявлена и устранена следующая патология: расширение холедоха - 5, холедохолитиаз - 3, стеноз выходного отдела холедоха - 3.

Нами проведен анализ длительно-

сти пребывания больных в стационаре в зависимости от методики операции при катаральном или деструктивном холецистите в сочетании с отеком поджелудочной железы. Послеоперационный койко-день ($p < 0,05$) при лапаротомных холецистэктомиях без дренирования холедоха составил в среднем $12,2 \pm 0,65$, при видеолапароскопических - $7,4 \pm 0,48$; с наружным дренированием холедоха при лапаротомных - $15,0 \pm 0,80$, при видеолапароскопических - $11,7 \pm 0,95$.

Выводы

1. ЭПСТ является патогенетически обоснованным и эффективным малоинвазивным вмешательством при ОХП. Своевременная ЭПСТ позволяет купировать воспалительный процесс, предупреждает развитие некротических форм заболевания, выполнить оперативное вмешательство в отсроченном порядке. РХПГ помогает в выявлении причины ОХП, а эндоскопические ПСТ, литоэкстракция позволяют с минимальной агрессией ликвидировать ее.

2. При наличии перитонеальных явлений при ОХП, неясности диагноза, при высоком операционном риске, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, показана диапневтическая лапароскопия. Она позволяет произвести декомпрессию панкреатобилиарной системы, дренировать брюшную полость и эвакуировать токсичный выпот, купировать острый воспалительный процесс. Эффективно ее сочетание с эндоскопической ПСТ и литоэкстракцией.

3. Лапароскопические вмешательства и ЭПСТ у тяжелых больных являются первым этапом хирургической помощи, а при тяжелой сопутствующей патологии и (или) пожилым и старческом возрасте - единственным инвазив-

ным пособием. Двухэтапное лечение - РХПГ с ЭПСТ и операция, в том числе видеолaparоскопическая, выполненные в любой последовательности, или лапароскопическая холецистостомия, фистулохолецистохолангиография и затем операция дают возможность с максимальной радикальностью решить проблему лечения ОХП даже у тяжелых больных

4. Видеолaparоскопические операции позволяют в полном объеме решить задачу хирургического лечения ОХП. Эффективно сочетание эндохирургических методик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашрафов А.А. Хирургическое лечение острого панкреатита в сочетании с конкрементами желчевыводящих путей / А.А. Ашрафов, С.А. Алиев, С.М. Зейналов // Хирургия. - 1996. - №2. - С. 12-16.
2. Гуца А.Л. Способ лапароскопической катетеризации пузырного протока / А.Л. Гуца, Ю.Н. Кузнецов // Вестн. хирургии. - 2002. - №3. - С. 73-74.
3. Соколов В.И. Холепанкреатит / В.И. Соколов. - Кишинев: Истшенца, 1978. - 235 с.
4. Шалимов С.А. Острый панкреатит и его осложнения / С.А. Шалимов, А.П. Радзиховский, М.Е. Нечитайло. - Киев: Наукова думка, 1990. - 272 с.

ENDOSUGICAL TECHNOLOGIES IN ACUTE CHOLECYSTOPANCREATITIS TREATMENT

U.N. Kuznetsov

In the article possibilities and results of using of endoscopic papillosphincterotomy, diapervtic laparosopia, videolaparoscopic operations at acute cholecistopancreatitis are presented.