

Г.Ф. Жигаев^{1, 2}, Е.В. Кривигина¹, М.П. Рябов^{1, 2, 3}**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**¹ Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)² Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)³ Бурятский филиал Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Улан-Удэ)

Проведен анализ результатов лечения 89 больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой и гнойным холангитом, с использованием малоинвазивных технологий. Показано преимущество двухэтапного оперативного лечения этих больных с выполнением первым этапом декомпрессии желчных путей, вторым — радикальных операций лапароскопическим или минилапаротомным методом. Данная методика позволяет отказаться от объемных и травматичных операций и значительно улучшает ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, холангит, хирургическое лечение

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PURULENT CHOLANGITIS AT THE CHOLELITHIASISG.F. Zhigaev^{1, 2}, E.V. Krivigina¹, M.P. Ryabov^{1, 2, 3}¹ Buryat State University, Ulan-Ude² Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude³ Buryat Branch of Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS, Ulan-Ude

We carried out the analysis of the results of treatment of 89 patients with cholelithiasis complicated with obstructive jaundice and purulent cholangitis using miniinvasive technologies are analyzed. The advantages of two-stages surgical treatment of these patients where the first stage was decompression of biliary tracts and the second one was radical surgery by laparoscopic or minilaparoscopic method are demonstrated. This method allows not to use large and traumatic operations and significantly improves the nearest and long-term results of treatment.

Key words: cholelithiasis, cholangitis, surgical treatment

Наиболее грозными и частыми осложнениями желчнокаменной болезни являются механическая желтуха (МЖ) и гнойный холангит (ГХ) [1, 3]. По данным разных авторов, первое встречается у 13 % больных, второе — у 66,4 — 88,1 % [2]. Сочетание ГХ с непроходимостью желчных протоков усугубляет ситуацию. С одной стороны, прогрессирующая печеночная недостаточность и эндотоксикоз требуют незамедлительного оперативного вмешательства с целью декомпрессии желчных путей, с другой — выраженная полиорганная недостаточность значительно повышает операционный риск и радикальных вмешательств, что определяет необходимость интенсивной коррекции функциональных метаболических нарушений и проведения целенаправленной антибактериальной терапии [1]. В связи со сказанным, в последние годы широкое распространение получили методы, позволяющие на этапе диагностики осуществлять первичные лечебные мероприятия. Это дает возможность у значительной части больных выполнить щадящие операции и у большинства — отказаться от трансколедохеальных и трансдуоденальных вмешательств. Однако широкое использование малоинвазивных методов в общехирургической практике сдерживается их технической сложностью и рядом противопоказаний к их использованию [3].

Проведен анализ результатов клинического обследования и лечения 89 больных желчнокамен-

ной болезнью, осложненной МЖ и ГХ, которым в 2005 — 2009 гг. были выполнены оперативные вмешательства на внепеченочных желчных протоках малоинвазивными методами. У 65 больных причиной осложнений являлся холедохолитиаз, у 22 — изолированные рубцовые стриктуры терминального отдела общего желчного протока и большого дуоденального сосочка (БДС), у 2 — сочетание этих двух патологических состояний. Кроме того, 14 из 65 больных оперировались повторно после ранее перенесенной холецистэктомии, что было расценено как одно из проявлений постхолецистэктомического синдрома. ГХ развился у 36 (40,4 %) больных. Длительность желтухи составляла от нескольких часов до 5 недель.

Средний возраст больных составил $63,1 \pm 11,8$ года (от 35 до 86 лет). Большинство больных были в возрасте 61 — 70 лет, меньше всего оказалось пациентов моложе 40 лет. Женщин было 63 (70,1 %), мужчин — 26 (29,9 %). Подавляющее большинство пациентов (76 (85,4 %)) были доставлены в экстренном порядке.

В дооперационном периоде всем больным были проведены ультразвуковая томография (УЗТ), гастродуоденоскопия. УЗТ у всех пациентов позволила установить диагноз МЖ, характер поражения других органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, а у 84 % — определить уровень и причину обтурации. С целью уточнения диагноза,

определения уровня и протяженности блока 39 больным выполнена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), по показаниям проводилась компьютерная томография (17 больных). Наряду с биохимическим анализом крови исследовали цитохимические показатели лейкоцитов, в частности содержание гликогена, активность сукцинатдегидрогеназы, пероксидазы, щелочной и кислой фосфатазы. С помощью перечисленных методов оценивали степень печеночной недостаточности и выраженность воспалительных процессов в билиарной системе в качестве вспомогательного теста для определения тактики лечения.

23 больным **лечения выполнены лапароскопическим методом**, в подавляющем большинстве (91,3%) — двухэтапно. Основную часть (66 человек) составили пациенты, оперированные с использованием минилапаротомного доступа. У 18,2% больных основной этап оперативного вмешательства был выполнен после декомпрессии желчных путей. Интраоперационная холангиография проведена 45 больным, интраоперационная холедохоскопия — 28. Большинство больных (55 человек — 65,2%) оперированы в плановом порядке.

В настоящее время общепринятой тактикой при МЖ является двухэтапное оперативное лечение. Одновременно с диагностическими процедурами проводили интенсивную консервативную терапию, направленную на коррекцию электролитных и белковых нарушений, дезинтоксикацию, снижение выраженности гипербилирубинемии, а также на предупреждение прогрессирования печеночно-почечной недостаточности и инфекционных осложнений. У 18 больных проводили сеансы гемосорбции.

Больным с выраженными ГХ и печеночной недостаточностью на первом этапе оперативного лечения для декомпрессии желчных путей осуществляли чрескожную пункцию желчного пузыря под контролем УЗИ или эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). Вторым этапом выполняли радикальные операции. Если отсутствовали выраженные признаки печеночной и полиорганной недостаточности и ГХ, операции выполняли одноэтапно на 5–7-е сутки после поступления больных в стационар, проведя курс консервативной терапии. Прогрессирование МЖ, развитие триады Шарко при ГХ требуют немедленного оперативного вмешательства. Таким больным, а также при невозможности адекватной декомпрессии желчных путей малоинвазивным способом, оперативные вмешательства выполняли в экстренном порядке — не позднее 2–3 ч с момента поступления в стационар после интенсивной предоперационной подготовки. Дооперационными признаками ГХ, позволяющими установить диагноз, являлись выраженная воспалительная реакция организма, резкие боли в правом подреберье, желтуха, получение гнойной желчи из БДС при гастродуоденоскопии, ЭРПХГ или ЭПСТ. Интраоперационные признаки ГХ: выделение мутной желчи под давлением с примесью гноя и детрита

из культы пузырного протока и при холедохолитотомии, замазкообразное содержимое желчных протоков, уплотнение стенок желчных путей воспалительного характера, положительный результат бактериологического анализа желчи из желчных путей. При холедохоскопии выявлялись гиперемия, отек слизистой, язвенно-некротические изменения стенки общего желчного протока.

Оптимальным оперативным пособием у таких больных мы считаем ЭПСТ с последующей ЛХЭ. Эту тактику удалось применить у 20 больных. На первом этапе создаются условия для адекватного магистрального желчеоттока и самостоятельного отхождения конкрементов из общего желчного протока в просвет двенадцатиперстной кишки. У 5 больных данной группы во время ЭПСТ произведена инструментальная литотракция конкрементов из общего желчного протока при помощи корзинки Дормиа. Кроме того, у 2 больных во время ЛХЭ в связи с подозрением на холедохолитиаз была произведена интраоперационная ЭПСТ с экстракцией конкрементов из общего желчного протока. При наличии ГХ оперативные вмешательства на БДС завершали назобилиарным дренированием и введением эндохоледохеально растворов антисептиков и антибиотиков. У 3 больных произведена ЛХЭ в сочетании с интраоперационной холангиографией через культю пузырного протока, санацией общего желчного протока, экстракцией конкрементов и дренированием общего желчного протока через культю пузырного протока. При этом у 2 больных для экстракции конкрементов использовали катетер Fogarty, а у 1 больного — вакуум-отсос, присоединенный к дренажу, введенному в общий желчный проток.

Неудача ЭПСТ, технические трудности при выполнении лапароскопических операций, противопоказания к наложению пневмоперитонеума вследствие тяжелого соматического состояния больных вынуждают хирургов переходить на лапаротомию. В таких ситуациях мы выполняли операции через минилапаротомный доступ в правом подреберье с элементами «открытой лапароскопии», используя набор для минилапаротомных операций (инструменты длиной 3,5–5 см) фирмы «Сан». При этом возможно выполнение практически всего объема диагностических процедур и оперативных вмешательств на внепеченочных желчных протоках. У 33 пациентов произведены холецистэктомия, холедохолитотомия, ревизия, санация общего желчного протока, удаление конкрементов и дренирование общего желчного протока по Керу. Еще у 3 больных эти оперативные приемы были осуществлены через 5–7 сут после чрескожной пункции желчного пузыря. После такой манипуляции значительно улучшилось общее состояние, уменьшились явления желтухи и холангита. У 2 больных в связи с интраоперационным выявлением вклиненного конкремента БДС при интраоперационной холангиографии произведены дуоденотомия, папиллосфинктеротомия и удален конкремент. При стойкой протяженной стриктуре

терминального отдела общего желчного протока и БДС более 2–2,5 см у 16 пациентов после холецистэктомии и ревизии общего желчного протока были сформированы холедоходуоденоанастомозы по методике Юраша — Виноградова однорядными узловыми швами или однорядными непрерывными швами диаметром 2–2,5 см с укреплением наружной губы анастомоза редкими узловыми швами. Необходимо заметить, что наличие холангита при отсутствии выраженных воспалительных изменений стенки общего желчного протока мы не считаем противопоказанием к наложению холедоходуоденоанастомоза. Шести больным выполнены повторные операции по поводу резидуального холедохолитиаза с удалением конкрементов и наружным дренированием общего желчного протока. У 8 пациентов в связи с выявленной протяженной непроходимостью терминального отдела общего желчного протока были сформированы билиодигестивные анастомозы. Холедохоеюноанастомоз с брауновским соустьем наложен 2 больным, ранее перенесшим резекцию желудка. У обоих больных применена комбинация двух малоинвазивных методик. Первым этапом выполняли «открытую лапароскопию» «в чистом виде». При этом через минилапаротомный доступ лапароскопом осуществляли ревизию брюшной полости, идентифицировали тощую кишку, при необходимости рассекали спайки. Переднюю брюшную стенку поднимали крючками Фарабефа. Зажимом «Endo-Babcock» соответствующий участок кишки выводили в операционную рану, накладывали межкишечный анастомоз, затем первичные швы на кишку, после чего формировали билиодигестивное соустье (кроме того, 13 больным была произведена канюляция пупочной вены для введения растворов антибиотиков после операции).

В послеоперационном периоде у большинства больных отмечены ранняя физическая активность, быстрое восстановление перистальтики желудочно-кишечного тракта, умеренная выраженность болевого синдрома.

Послеоперационные осложнения возникли у 13 (14,6 %) больных. Нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 4 больных, инфильтрат послеоперационной раны — у 2, осложнения со стороны дыхательной системы — у 2, образование подпеченочного абсцесса — у 1 (по этому поводу больной был оперирован лапароскопически). Двум больным после операции в связи с клиникой стенозирующего папиллита была выполнена ЭПСТ. Кроме того, наряду с парентеральным введением антибиотиков последние, а также антисептики, применяли интрахоледохеально.

Сведения об авторах

Жигаев Геннадий Федорович — доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, профессор кафедры госпитальной хирургии Бурятского государственного университета, консультант Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (670047, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12, тел.: 8 (3012) 23-36-24).

Кривигина Елена Владимировна — кандидат медицинских наук, врач-эндоскопист Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко.

Рябов Михаил Петрович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии БГУ, консультант Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко.

Умерли 6 (6,7 %) больных: 4 по причине прогрессирования ГХ и печеночной недостаточности, 2 — от тяжелых сопутствующих заболеваний.

Таким образом, индивидуальный подход при выборе методов малоинвазивного вмешательства, их комбинированное применение позволяют расширить показания к малоинвазивным операциям, улучшить исходы лечения больных с осложнениями желчнокаменной болезни и сократить сроки реабилитации. Предварительная декомпрессия желчных путей одним из малоинвазивных способов значительно улучшает результаты лечения больных и дает возможность в дальнейшем ограничиться малотравматичными радикальными операциями, что благоприятно сказывается на течении послеоперационного периода.

Методом выбора при оперативном лечении больных с механической желтухой и гнойным холангитом является двухэтапное выполнение вмешательств. Первым этапом производится декомпрессия желчевыводящих путей одним из малоинвазивных способов, вторым — радикальное оперативное вмешательство лапароскопическим или минилапаротомным доступом.

Больные данной категории подлежат интенсивной консервативной терапии с использованием самых разных методик, направленной на дезинтоксикацию организма, коррекцию гомеостаза, электролитных, белковых и иммунных нарушений, гипербилирубинемии, печеночной недостаточности, устранение воспалительных и инфекционных явлений в желчных протоках.

Минилапаротомные операции сочетают малую инвазивность лапароскопических вмешательств с полнотой традиционных манипуляций и отличаются незначительной операционной травмой и отсутствием необходимости в наложении пневмоперитонеума, что особенно актуально для больных преклонного возраста с тяжелыми основным и сопутствующими соматическими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Верховский В.С. Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. — СПб.: Эскулап, 1997. — С. 23–55.
2. Галеев М.А. Тимербулатов В.М. Желчнокаменная болезнь и холецистит. — Уфа: БГМУ, 1997. — С. 44–76.
3. Deutsch A.A., Nudelman I., Gutman H., Reiss R. Choledochoduodenostomy an important surgical tool in the management of common bile duct stones. A review of 126 cases // Eur. J. Surg. — 1991. — Vol. 157, N 9. — P. 533.