

© Коллектив авторов, 2007  
УДК 616.366-003.7-089

Д.А.Абдуллоев, К.М.Курбонов, А.О.Исоев, Н.М.Даминова

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — проф. К.М. Курбонов) Таджикского государственного медицинского университета им. Абу Али Ибн Сина

**Ключевые слова:** «трудный» желчный пузырь, желчнокаменная болезнь, холецистэктомия.

**Введение.** Проблема рационального лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений остается актуальной на протяжении практически всей современной истории желчной хирургии, несмотря на то, что этой проблеме посвящены множество книг, статей и публикаций во всей мировой хирургической литературе.

В последние годы клиническая хирургия желчнокаменной болезни претерпела существенные изменения, и лапароскопическая холецистэктомия по праву может считаться операцией выбора при калькулезном холецистите [1, 8, 9]. Отработана методика вмешательства, накоплен опыт тысяч операций, постоянно совершенствуется инструментальная база.

Тем не менее, несмотря на широкое внедрение в хирургическую практику желчнокаменной болезни и ее осложнений видеолапароскопических технологий, существуют группы больных, которые до настоящего времени все еще представляют собой сложную хирургическую проблему [2, 5, 7].

Прежде всего, эти больные с так называемым «трудным» желчным пузырем, у которых во время выполнения оперативного вмешательства наблюдаются значительные технические трудности, обусловленные массивными спаечными перипроцессами и каменистыми инфильтратами в зоне желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, наличием склерозированного и сморщенного желчного пузыря, холецистодигестивного свища внутрипеченочного расположения желчно-

го пузыря. К «трудным» желчным пузырям также следует отнести больных с синдромом Мирицци, желчнокаменной болезнью или острым холециститом на фоне цирроза и эхинококкоза печени [3], а также после различных по характеру оперативных вмешательств на желчном пузыре [4].

Следует подчеркнуть, что приведенные выше аргументы в значительной степени изменяют и нарушают топографоанатомические соотношения желчного пузыря с близко расположенными жизненно важными анатомическими образованиями и делают оперативное вмешательство по поводу «трудного» желчного пузыря методически и технически сложным, а иногда повышено опасным, что приводит к возникновению серьезных жизненно опасных осложнений [1, 2, 5, 7].

В связи с этим применение открытых лапаротомных оперативных вмешательств при «трудных» желчных пузырях вполне оправдано в связи с возникновением непредвиденных сложных и нестандартных ситуаций.

Цель исследования — улучшение результатов хирургического лечения больных с «трудными» желчными пузырями.

**Материал и методы.** Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 124 больных с «трудным» желчным пузырем. Мужчин было 46 (37,1%), женщин — 78 (62,9%). Возраст больных составлял от 54 до 86 лет. Практически все больные были среднего и пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и обмена веществ. Следует подчеркнуть, что 70% больных страдали желчнокаменной болезнью в течение 8–10 лет, неоднократно от предложенных операций отказывались. Важно отметить, что 9 больных ранее перенесли холецистолитотомию, ввиду тяжелого их

общего состояния им не была выполнена холецистэктомия, а 4 — перенесли резекцию желудка по поводу пенетрирующей в желчный пузырь и желчные протоки дуоденальной язвы. У 17 больных на фоне имеющихся эхинококкоза (у 13) и цирроза печени (у 4) диагностирован калькулезный холецистит. Остальные причины, обуславливающие сложность и трудность оперативного вмешательства у этого контингента больных, приведены в таблице.

Для комплексной диагностики «трудного» желчного пузыря исследовали показатели общего и биохимического анализов крови, а также проводили УЗИ, компьютерную томографию (КТ) и эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ).

#### Характер патологических изменений в зоне желчного пузыря, обуславливающих трудности выполнения оперативных вмешательств

| Характер патологического процесса в зоне желчного пузыря и гепатодуоденальной связки                      | Число больных |      |
|---|---------------|------|
|   | Абс.          | %    |
| Массивные спаечные перипроцессы в зоне желчного пузыря и каменистые инфильтраты гепатодуоденальной связки | 43            | 34,7 |
| Склерозированный и сморщенный желчный пузырь  | 31            | 25   |
| Ранее перенесенные оперативные вмешательства на желчном пузыре  | 15            | 12,1 |
| Сочетание эхинококкоза печени (IV–V сегмента) и острого холецистита                                       | 13            | 10,5 |
| Холецистодигестивные свищи  | 9             | 7,3  |
| Синдром Мирицци   | 6             | 4,8  |
| Сочетание острого калькулезного холецистита и цирроза печени  | 4             | 3,2  |
| Внутрипеченочное расположение желчного пузыря   | 3             | 2,4  |
| Всего   | 124           | 100  |

**Результаты и обсуждение.** Полученные результаты показали, что прогресс инструментальной диагностики заболеваний желчного пузыря и ее осложнений при желчнокаменной болезни очевиден. Особо хотелось подчеркнуть роль УЗИ, так при выполнении этого исследования дооперационно практически у всех больных установлены наличие конкрементов в желчном пузыре и общем желчном протоке (у 12), а также наличие обширных подпеченочных инфильтратов (у 58) и склерозированного желчного пузыря с утолщенными стенками (у 49). Наличие синдрома Мирицци до операции диагностировано лишь у 2 из 6 пациентов при второй ее форме, у которых в клинической картине заболевания доминировал синдром механической желтухи. Наряду с ультразвуковой диагностикой, наиболее информативным методом является ЭРХПГ.

Наиболее сложным и трудным оказалось лечение этого контингента больных. При обширных инфильтратах подпеченочного пространства и

гепатодуоденальной связки выполняли атипичные способы холецистэктомии. Так, 23 больным после вскрытия и опорожнения желчного пузыря, под контролем введенного в просвет желчного пузыря указательного пальца выделяли его из инфильтрата, после чего удаляли желчный пузырь. У 14 больных, находившихся в тяжелом состоянии, производили удаление лишь освобожденной от инфильтрата видимой части желчного пузыря по Hess, оставляя шейку желчного пузыря, слизистую оболочку электрокоагулировали, у 6 — ограничивались комбинированной холецистэктомией. В послеоперационном периоде у 5 больных наблюдались послеоперационные поддиафрагмальные абсцессы вследствие желчеистечения с двумя летальными исходами, у одного больного желчный свищ, который закрылся в результате консервативных мероприятий.

При склерозированном и сморщенном желчном пузыре у 18 больных выполняли холецистэктомию–мукоклазию. При этом у 12 из них она выполнялась по методике Мейо, у 6 — по Прибраму. В послеоперационном периоде у 2 больных наблюдалось послеоперационное внутрибрюшное кровотечение, что потребовало релапаротомии, еще у 2 пациентов имело место желчеистечение, которое самостоятельно прекратилось. У 13 больных при сморщенном желчном пузыре возникли значительные технические трудности при отыскании желчного пузыря, в его проекции наблюдались рубцовые сращения, ведущие к воротам печени. В этой ситуации применяли следующий прием: после того как находили верхний край двенадцатиперстной кишки и общего желчного протока, в этой области пунктировали общий желчный проток и в его просвет вводили 5–10 мл метиленового синего для визуализации проксимального его отдела и желчного пузыря. Это позволило нам у 8 больных выполнить холецистэктомию, у 5 — из-за отсутствия конкрементов в желчном пузыре и маленького его размера ограничивались лишь удалением конкрементов из просвета общего желчного протока.

Сложную группу составили 15 больных, которым в различные периоды жизни выполнялись оперативные вмешательства на желчном пузыре. Так, 9 из них перенесли холецистостомию с холецистолитотомией, а 4 — оперированы по поводу пенетрирующей в желчный пузырь дуоденальной язвы. В этих ситуациях у 9 больных при наличии сморщенного и склерозированного желчного пузыря холецистэктомия сочеталась с холедоходуоденостомией. Холедоходуоденостомию выполняли по методике Юраша–Виноградова (у 6) и Флеркена (у 3). Основным и главным недостатком этих способов холедоходуоденостомии является ротация и деформация такого чувствительного

органа, как двенадцатиперстная кишка [1, 2]. Стаз дуоденального содержимого, возникающий в результате деформации и сужения просвета двенадцатиперстной кишки, вызывая натяжение швов анастомоза, создает условия для его несостоятельности или анастомозита, кроме того, при таком формировании холедоходуоденоанастомоза желчь в двенадцатиперстную кишку поступает не по всему периметру анастомоза, а в какой-то его определенной части, ротация двенадцатиперстной кишки создает условия для слипания и последующего рубцевания функционирующего промежутка. В связи с этим 6 больным успешно была выполнена холедоходуоденостомия по Киршнеру в нашей модификации, при которой вышеуказанные недостатки холедоходуоденостомии по Юрашу–Виноградову нивелируются (рационализаторское удостоверение № 3038-Р-253, выданное ТГМУ 11.01.2005 г.).

Эхинококковое поражение желчного пузыря — в последние годы достаточно распространенное заболевание. При эхинококковом поражении IV–V сегментов печени, наблюдавшемся у 7 больных, вследствие постоянного давления на желчный пузырь эхинококковой кисты, а также из-за хронической интоксикации и стаза желчи образовались конкременты в желчном пузыре. Этим больным одномоментно выполняли холецист- и эхинококкэктомии с хорошими непосредственными результатами. У 6 пациентов с эхинококкозом ворот печени имеющийся довольно выраженный спаечный процесс (за счет паразитарного перихолецистита) в области шейки пузыря затруднял препаровку и визуализацию трубчатых структур, что увеличивало риск повреждения общего желчного протока и возникновения кровотечения. В этих случаях выполняли эхинококкэктомию с частичной резекцией дна желчного пузыря с последующим дренированием полости эхинококковой кисты через оставшуюся часть желчного пузыря с хорошими непосредственными результатами.

Холецистодигестивные свищи наблюдали у 9 больных. Наибольшие сложности для диагностики и лечения представляли свищи между желчным пузырем и гепатикохоледоком у 6 больных, что именуется в литературе синдромом Мирицци. Оживленная полемика в настоящее время развернулась вокруг целесообразности выполнения лапароскопических операций при синдроме Мирицци, особенно диагностированном до операции. Тем не менее, наш небольшой опыт и данные литературы [6] указывают, что при диагностированном синдроме Мирицци лапароскопические операции неоправданы, потому что ограничиваются возможности выполнения наиболее сложных этапов операции — устранение сужения проксимального

отдела гепатико- и общего желчного протока и стеноза большого дуоденального сосочка, удаление конкрементов из внепеченочного желчного протока и особенно закрытие свища или наложение билиодигестивного анастомоза. Так, из 4 больных с первой формой синдрома Мирицци, установленного во время операции, у 3 вынужденно выполняли субтотальную холецистэктомию с удалением конкрементов, дренированием общего желчного протока и подпеченочного пространства, у одного — выполнили холецистэктомию от шейки с дренированием общего желчного протока T-образной хлорвиниловой трубкой.

При второй форме синдрома Мирицци у 2 больных ограничивались холецистэктомией с пластикой свищевого хода стенкой желчного пузыря и дренированием общего желчного протока по Вишневскому. В послеоперационном периоде осложнений не было. Наблюдался один летальный исход вследствие инфаркта миокарда. У 9 больных во время оперативного вмешательства диагностированы внутренние желчные свищи (у 6 — имелись холецистодуоденальные свищи, у 3 — пузырно-толстокишечный свищ как результат пролежня камнем желчного пузыря). Больным с холецистодуоденальными свищами после разобщения свища выполняли холецистэктомию с восстановлением дефекта двенадцатиперстной кишки (у 4), в двух случаях после холецистэктомии и супрадуоденальной холедохолитомии дефект стенки двенадцатиперстной кишки анастомозировали с холедохотомическим отверстием. При наличии пузырно-толстокишечного свища (у 3 больных) ограничивались холецистэктомией с иссечением и ушиванием свища толстой кишки трехрядными швами и перитонизацией большим сальником. В послеоперационном периоде у 2 больных имели место гнойно-септические осложнения вследствие нагноения лапаротомных ран.

При сочетании цирроза печени и острого калькулезного холецистита, наблюдавшихся у 4 больных, значительные технические трудности возникли в связи с расширением вен и застоя крови в сосудах ворот печени и гепатодуоденальной связки. У всех пациентов операция сопровождалась повышенной кровоточивостью, у 2 из них операцию завершили подведением тампонов к ложу желчного пузыря по методике Спасокукоцкого, у одного — ложе затампонировали большим сальником, у одного — пластинами «Тахокомб». Во всех случаях течение послеоперационного периода тяжелое, необычное и сложное, у 2 больных наблюдался подпеченочный абсцесс, вследствие нагноения гематомы, которые были вскрыты по Клермону.

У 3 больных при расположении желчного пузыря внутри паренхимы печени, после предварительной его пункции выполняли чреспеченочную холецистэктомию путем рассечения паренхимы печени сверху по оси желчного пузыря. Осложнений и летальных исходов не было.

**Выводы.** 1. Существует группа больных с «трудным» желчным пузырем, которые представляют сложную хирургическую проблему, когда хирургу приходится принять нестандартные решения, выполнять атипичные оперативные вмешательства на желчном пузыре, внепеченочных желчных протоках и на других органах брюшной полости.

2. Ситуации, возникающие при выполнении холецистэктомии у больных с «трудным» желчным пузырем, диктуют необходимость концентрировать этот сложный контингент больных в специализированных учреждениях, занимающихся вопросами реконструктивно-восстановительной хирургии желчных путей, которые оснащены современными техническими и клиничко-лабораторными средствами.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на желчных путях.—М.: Медицина, 1987.—249 с.
2. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Карагюлян С.Г. Рубцовые стриктуры желчных протоков.—М.: Медицина, 1982.—239 с.
3. Ерамишанцев А.К., Гордеев П.Р., Ахмеджанов К.К. Диагностика и лечение острого холецистита при циррозе печени // Хирургия.—1992.—№ 1.—С. 15–17.

4. Мерзликин Н.В., Клиновицкий И.Ю., Барабан В.И. Возможности и особенности лапароскопической холецистэктомии при описторхозе // Анн. хир. гепатол.—1999.—№ 1.—С. 62–64.
5. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Лечение больных с повреждениями желчных протоков при традиционной и лапароскопической холецистэктомиях // Там же.—С. 49–53.
6. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мирицци.—М., 2003.—110 с.
7. Татаршов М.Х. Диагностика и хирургическое лечение рубцовых стриктур желчных протоков // Анн. хир. гепатол.—2001.—№ 2.—С. 90–94.
8. Устинов Г.Г., Шойхет Я.Н., Смирнов И.И. Трудности, опасности и осложнения при видеолaparоскопической холецистэктомии // Анн. хир. гепатол.—1999.—Т. 4.—С. 242–243.
9. Шулуто А.М., Прудков М.И., Бебуришвили А.Г. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении желчнокаменной болезни // Анн. хир. гепатол.—1996.—№ 1.—С. 132–135.

Поступила в редакцию 03.09.2006 г.

D.A.Abdulloev, K.M.Kurbonov, A.O.Isoev,  
N.M.Daminova

#### SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF CHOLELITHIASIS

An analysis of surgical treatment of 124 patients with «difficult» gallbladder has shown that in most cases (59.7%) the causes impeding surgical procedures were massive commissural processes in the gallbladder zone and stony infiltrates of the hepato-duodenal ligament with shrunken or sclerosed gallbladder as well as earlier operations on the gallbladder, a combination of echinococcosis and liver cirrhosis with acute calculous cholecystitis, cholecystodigestive fistulas, Mirizzi syndrome and intrahepatic location of the gallbladder. Videolaparoscopic operations in such cases are extremely difficult, so open laparotomic operations should be preferred.

#### НЕКОТОРЫЕ ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В 2007 г. ПО МАТЕРИАЛАМ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО МУЗЕЯ И ДРУГИМ ИСТОЧНИКАМ

*Окончание. Начало см. на стр. 21, 34, 39, 54, 64*

##### **125 лет (1882 г.)**

- 1 января 1882 г. Александром III утверждено «О предоставлении учрежденному в Санкт-Петербурге Русскому хирургическому обществу Пирогова права выдавать медаль за ученые работы по хирургии и анатомии».
- Первая в России гастроэнтеростомия при рубцовом сужении привратника выполнена Н.Д.Монастырским (1847–1888) старшим ординатором Петропавловской больницы. Он же первым в мире успешно выполнил одномоментную холецистоеюностомию (1887) при раке поджелудочной железы. Первым предположил микробное происхождение столбняка, обнаружил микроб-палочку в отделяемом из ран у больного столбняком и описал ее.
- Произведена с успехом первая в России резекция желудка Н.В.Экком (1849–1908), он предложил схему резекции желудка с последующей гастроэнтеростомией, такая операция позднее была реализована Т.Бильротом. В эксперименте на животных Н.Экк разработал портокавальный анастомоз, первым в России удалил пораженную опухолью матку с использованием оперативного доступа через переднюю брюшную стенку, первым в России удалил селезенку у больного лейкозом.