

В 2001-2003 гг. во время холецистэктомии из минидоступа произошло 2 полных пересечения общего печёночного протока, потребовавших перевода больных в специализированные учреждения для дальнейшего лечения. Также отмечено два кровотечения из ложа желчного пузыря, нагноение и образование инфильтратов в 3 случаях, послеоперационный панкреатит в одном наблюдении, образование вентральной грыжи. В связи с этим показания к холецистэктомии из минидоступа были резко сужены.

Всем умершим больным производились традиционные вмешательства. Выявлено, что в 100% случаев имела место поздняя обращаемость больных за медицинской помощью.

Число оперативных вмешательств по поводу ЖКБ в 2005 г. увеличилось на 63,8% по сравнению с 1998 г., за II период (2002 – 2005) на 30% выросло количество холецистэктомий по поводу острого холецистита в сравнении с I периодом (1998 – 2001), количество плановых холецистэктомий возросло на 43,3%. Возрастной состав больных меняется в сторону омоложения, однако количество больных старческого возраста с тяжёлым соматическим отягощением не снижается.

Внедрение новых технологий в лечение пациентов с желчнокаменной болезнью и её осложнениями позволяет вдвое сократить летальность, уменьшить количество осложнений, сократить до- и послеоперационный койко-день, снизить число осложнений ЖКБ благодаря своевременной санации.

Для получения положительных результатов от внедрения миниинвазивных технологий необходимо создание и чёткое следование алгоритму курации больных ЖКБ с применением новых методик диагностики и лечения. Положительный результат получен от модификации лапароскопического оперативного вмешательства у больных с острым холециститом.

Улучшение результатов лечения возможно при следующих условиях:

- проведения необходимых лабораторно-диагностических мероприятий в первые 6-8 часов с момента поступления;
- обогащения материально-технической базы высокотехнологичным оборудованием, принятия организационно-технических мер, направленных на возможность использования дежурной бригадой видеолапароскопической стойки 24 часа в сутки;
- обучения врачебного и сестринского состава работе в новых условиях;
- внедрения интраоперационной холедохоскопии с возможностью санации желчных протоков, что сделает возможными одномоментные лапароскопические вмешательства в хирургии ЖКБ, осложнённой острым холециститом и механической желтухой.

ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ДРУГИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ВНЕДРЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

А.М. Кошелев, М.С. Кошелев
Раменская ЦРБ

Появление новых методик операций, их внедрение в широкую клиническую практику отражаются на устоявшейся тактике лечения различных нозологий. С

течением времени происходит изменение взглядов хирургов на те или иные нововведения, идёт отсев малопригодных к широкому применению операционных технологий, методов обследования и развитие показавших свою эффективность и выгодность.

Еще в 1989-1991 гг. делались лишь робкие попытки оперировать водянку желчного пузыря и эмпиемы без выраженного острого процесса, и еще высказывались сомнения в явной целесообразности оперирования при деструктивных формах холецистита. Конверсия (переход) при видеолапароскопической холецистэктомии (ВЛХЭ) в лапаротомное окончание достигала 41-60%, а при минидоступе – 10% [3], а уже к 1998 г. она редко достигает 20-37,5%. К 2003 году она достигает 1-1,5% при минидоступной технике по М.И.Прудкову [1]. Есть не всеяющие оптимизм цифры летальности до 4,2% у пожилых людей при сочетании обоих способов – открытой ЛХЭ и ВЛХЭ.

В литературе есть сообщения об использовании холецистостомий для разрешения приступа острого холецистита у крайне отягощенных соматических больных или как первый этап лечения обтурационного холецистита. При позднем поступлении больного с острым холециститом, если удастся купировать приступ, а инфильтрат уже пальпировался и сформирован, операция ВЛХЭ должна осуществляться в плановом порядке через 3-4 месяца [5].

В 2001 г. разработан и с 2002 г. применяется представленный ниже алгоритм диагностики и лечения больных с острым холециститом.

1-е сутки

Поступление больного в стационар: физикальное обследование, доступные анализы – анализ крови (Hb, эритроциты, лейкоциты), мочи общ. + диастаза); ЭКГ, консультация терапевта на уровне приёмного покоя по показаниям, начало курации сопутствующей патологии.

При наличии перитонеальной симптоматики, признаков желчного перитонита – экстренное традиционное оперативное вмешательство после предоперационной подготовки.

При выявлении признаков деструктивного холецистита – начало интенсивной дезинтоксикационной, спазмолитической, противовоспалительной, анальгетической, консервативной терапии, применение комбинации антибиотиков (цефалоспоринов III поколения с аминогликозидами) широкого спектра действия с метронидазолом.

При отсутствии признаков деструкции выполняется консервативная терапия с выраженным спазмолитическим компонентом, антибактериальная монотерапия цефалоспорином II-III поколений, либо полусинтетическими или синтетическими пенициллинами.

Со 2-х по 5-е сутки

Проведение основных анализов, дополнительных методов исследования:

- общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, анализ крови на маркёры гепатитов, ВИЧ, RW;

- УЗИ органов брюшной полости с прицельным осмотром гепатопанкреатодуоденальной зоны, ЭГДС с осмотром БДС; ЭКГ, консультация терапевта, кардиолога и эндокринолога по показаниям. При выявлении сопутствующей патологии производится коррекция лечения в целях подготовки к оперативному лечению, стабилизации состояния;

- в течение указанного периода осуществляются динамические осмотры

больных, контролируется температурная реакция, проводится начатая многокомпонентная консервативная терапия. Основываясь на полученных данных обследования, клинического состояния, возраста и информированного согласия больного, принимается решение о тактике лечения данного больного совместно с заведующим хирургическим отделением. Видеолапароскопическая холецистэктомия применяется нескольким группам больных, среди которых:

1. Пациенты со склонностью к стиханию клинических симптомов острого воспаления, отсутствием соматических отягощений, или имеющие хронические заболевания в стадии стойкой ремиссии, стабильной компенсации, или с достигнутой стабилизацией в течение 1-4 суток; при наличии на УЗИ утолщения стенки желчного пузыря до 0,4-0,6 см с диффузным снижением её эхогенности, нечёткостью контуров, умеренным увеличением желчного пузыря (прежде всего, поперечного размера), повышением тонуса, угнетением сократительной функции, появлением в пузырной желчи небольшого количества патологических включений, отсутствием расширения внепечёночных желчных протоков; пациенты с нормальными биохимическими показателями, не страдающие инфекционными заболеваниями, тромбофилиями, выраженным варикозом нижних конечностей, нормальными показателями коагулограммы. Эти больные при отсутствии анестезиологических противопоказаний оперируются в указанные сроки, или отсроченно по техническим причинам, без какого-либо ущерба, кроме экономического.

2. Пациенты без значимого соматического отягощения, при отсутствии регресса клинических симптомов воспаления, с УЗ-картиной деструктивных форм острого холецистита: значительное утолщения стенок (до 1-1,5 см) с наличием в их изображении эхонегативных полос на всем протяжении шириной 0,3-1 см, выраженной нечёткостью наружного и внутреннего контуров, с отслойкой части слизистой оболочки, наличием в пузырной желчи множества эхогенных патологических включений с локальным перитонитом в виде эхонегативной полоски жидкости вокруг желчного пузыря; при наличии признаков обтурации – выявлении гиперэхогенного образования в шейке или пузырном протоке с резким увеличением размеров желчного пузыря; с небольшой гипербилирубинемией до 30 мг/л, отсутствием противопоказаний к наложению карбоксиперитонеума, анестезиологических противопоказаний. Эти пациенты оперируются в срочном порядке, задержка с проведением оперативного вмешательства крайне нежелательна. При отсрочке вмешательства возможна перфорация желчного пузыря с развитием желчного перитонита, образованием плотного инфильтрата в шейке желчного пузыря, перивизикальных абсцессов с расплавлением стенки, что не только делает затруднительной ВЛХЭ, но и напрямую угрожает жизни пациента.

3. Пациенты, страдающие ожирением III-IV степени, зачастую сопровождающимся сахарным диабетом II типа, гипертонической болезнью, независимо от степени воспалительных изменений в желчном пузыре, при отсутствии анестезиологических противопоказаний на фоне многокомпонентной терапии сопутствующей патологии, оперируются видеолапароскопически в первые пять суток с момента поступления. Данная установка вызвана наибольшей нуждаемостью этой категории больных в проведении наименее травматичного вмешательства и резком усложнении оперативного вмешательства при задержке сроков операции. Необходимо отметить, что данный контингент пациентов, наряду с больными старческого возраста, даёт наибольший процент осложнений при любых способах оперативного лечения.

Традиционная холецистэктомия проводится больным, поступившим позднее двух суток с момента начала приступа, с нестихающим воспалительным процессом, явлениями интоксикации, фебрильной лихорадкой, болевым синдромом, пальпируемым инфильтратом в правом подреберье, УЗ-признаками обтурационного калькулёзного холецистита, гангренозного изменения стенки желчного пузыря, перфорацией с образованием перивизикальных инфильтратов и абсцессов, или признаками плотного инфильтрата в области шейки. Сочетание данных признаков с наличием соматического отягощения (сердечно-сосудистой недостаточностью, обструктивными заболеваниями лёгких, склонностью к тромбозам, варикозной болезнью, мерцательной аритмией предсердий, наличием в анамнезе оперативных вмешательств на органах верхнего этажа брюшной полости) делает ВЛХЭ абсолютно противопоказанной. Наличие ожирения, выявление гипербилирубинемии более 30 мг/л с указанными признаками наличия плотного инфильтрата в шейке, по УЗ-данным, трактовалось нами как противопоказание к использованию минидоступа.

Широкая лапаротомия показана в случае сочетания механической желтухи с деструктивными изменениями желчного пузыря, не склонными к регрессу.

Холецистэктомия из минидоступа в ранние сроки от момента поступления показана больным с острым калькулёзным холециститом, отсутствием плотного инфильтрата в области шейки, деструктивным характером воспаления, не купирующегося консервативно, в случае противопоказания наложения напяржённого карбоксиперитонеума, отсутствия ожирения, анестезиологических противопоказаний.

Больным с механической желтухой и преобладанием клиники холангита без признаков деструктивных изменений желчного пузыря проводится двухэтапное лечение. На первом этапе производится РХПГ, по показаниям ЭПСТ, литэкстракция, назобилиарное дренирование, на втором – спустя 4-5 дней – проводится ВЛХЭ или операция из минидоступа. При неудаче или невозможности выполнения РХПГ, ЭПСТ показано оперативное лечение через традиционный доступ с ревизией внепечёночных желчных протоков, интраоперационная холангиография, восстановление пассажа желчи любым из надёжных и показанных способов в каждой конкретной ситуации.

Проведение трёхэтапного лечения возможно больным с клиникой холангита, «удобного» для наложения микрохолецистостомы под УЗ-контролем желчного пузыря у крайне тяжёлых соматических больных с проявлением симптомов взаимного отягощения нозологий, резко выраженной интоксикацией. Часто ЭРХПГ для таких пациентов оказывается непомерно тяжёлой нагрузкой.

Трёхэтапное лечение состоит из: 1) наложения микрохолецистостомы под УЗ-контролем в первые 24-48 часов от момента поступления с целью разгрузки, купирования холангита. Чресфистульная холангиография проводится в последующем; 2) ЭПСТ, литэкстракция, при выявлении конкрементов во внепечёночных желчных протоках; 3) ВЛХЭ, холецистэктомия из минидоступа в отсроченном порядке.

Холецистостомия из минидоступа проводится в крайне редких случаях, когда оперативное лечение противопоказано по жизненным показаниям, без возможности курации сопутствующей патологии в ближайшие сроки, острый холецистит сочетается с механической желтухой, а РХПГ, ЭПСТ невозможны ввиду анатомических особенностей, характера заболевания.

После 5 суток

Отказ от оперативного лечения в пользу консервативной терапии и планового оперативного вмешательства при стихании приступа острого холецистита за первые 5 суток как клинически, так и по итогам контрольного УЗИ у больных с тяжёлым соматическим отягощением, компенсация которого возможна только в отдалённые сроки. Выписка больных при стихании приступа, для оперативного лечения в плановом порядке, показана при выявлении формирования плотного инфильтрата в области шейки по данным УЗИ в первые 5 суток с момента поступления в связи с поздней обращаемостью.

ВЛХЭ проводится позднее пятых суток больным со стихающим приступом холецистита, если соматическое состояние больных не позволяло произвести операцию в более ранние сроки, а выписка для дальнейшего планового оперативного лечения нецелесообразна в связи с высоким риском рецидива приступа, неполным регрессом воспаления.

Традиционная холецистэктомия показана больным с нестихающим приступом острого холецистита, прогрессом деструктивных процессов в стенке пузыря, оперативное лечение которых откладывалось для стабилизации соматического статуса или в связи с надеждой разрешения процесса консервативными средствами.

В результате применения описанного алгоритма:

1. Выявлено увеличение числа лапароскопических холецистэктомий и сокращение традиционных с течением времени. Так, в период с 1998 по 2001 гг. число традиционных холецистэктомий превосходило лапароскопические в 2,3 раза, а с 2002 по 2005 г. видеолапароскопическая холецистэктомия использовалась в 1,5 раза чаще.

2. В группе оперированных видеолапароскопически после изменения концепции лечения сократился дооперационный и послеоперационный койко-день, уменьшилось количество значимых осложнений с 2,7 до 1,53%, конверсий – с 0,77 до 0,45%, удалось избежать летальных исходов. Чёткие критерии отбора больных помогли не дискредитировать метод и сделать его доступным для большинства больных.

3. Количество операций из минидоступа сократилось, что, возможно, связано с сужением показаний к данному методу оперирования при широком внедрении лапароскопических технологий. Ещё одной из причин явился факт возникновения двух серьёзных осложнений, связанных с интраоперационным повреждением внепечёночных желчных протоков.

4. С началом использования многоэтапного лечения больных механической желтухой, внедрением РХПГ, ЭПСТ произошло сокращение летальности с 1,17 до 0,55%. Снижение летальности в группе больных с острым холециститом без синдромов холестаза с 0,88 до 0,4% можно связать с перераспределением в группу оперированных лапароскопически больных, для которых фатальным являлся сам доступ.

5. Наложение холецистостомы различными способами, несмотря на редкое использование, позволило избежать экстренной операции и возможных осложнений в группе крайне отягощённых больных, что отразилось и на общей летальности.

В целом можно сделать вывод об оправданности применения изложенного выше алгоритма лечения больных осложнёнными формами ЖКБ в условиях ЦРБ. Сокращение сроков проведения необходимых анализов, дооснащение операци-

онной, возможность одноэтапного оперативного лечения больных с сочетанием острого холецистита и механической желтухи с помощью миниинвазивного вмешательства, позволило бы оптимизировать помощь больным желчнокаменной болезнью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А.Г. // 50 лекций по хирургии, под ред. В.С. Савельева – М., 2003. – С.206-216.
2. Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Панин С.И. // Комплексные малоинвазивные технологии в современной хирургии / Материалы 3-го конгресса Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. – М., 2001. – С.65-66.
3. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф. и др. // Тез. докл. 2-го съезда Рос. Ассоц. эндоск. хир. – М., 1999 – Т.69. – С.1-2.
4. Кондратенко П.Г., Элин А.Ф., Васильев А.А., и др. // Эндоск. хирургия. – 2001. – № 2. – С.33.
5. Никольский В.И. // Тез. докл. II Всерос. съезда Ассоц. эндоск. хир. – М., 1999. – Т.124. – С. 1-3.
6. Прудков М.И., Бебуришвили А.Г., Шулутко А.М. // Эндоск. хирургия. – 1996. – №2. – С. 12-16.
7. Шулутко А.М., Данилов А.И., Насиров Ф.Н. // Эндоск. хирургия. – 1997. – №1. – С. 119.
8. Lo C.M., Lui C.I., Fan S.T. // Ann. Surg. – 1998. – V.227. – P.461-467.
9. Lujan J.A., Parrilla P., Robles R., Marin P. et al. // Arch. Surg. – 1998. – V.133, №2. – P.173-175.
10. Madan A.K. et al. // Amer. J. Surg. – 2002. – V.183, №3. – P.232-236.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ И ИХ СОЧЕТАНИЯ КАК ПУТЬ К УЛУЧШЕНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ХРОНИЧЕСКОГО И ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*М.С. Кошелев, А.М. Кошелев, Д.Ф. Дурманов
Раменская ЦРБ*

Преимущества лапароскопической холецистэктомии сделали ее в настоящее время основным методом лечения калькулезного холецистита в развитых странах мира и в большинстве обеспеченных лечебно-профилактических учреждений России. По мере накопления опыта показания к лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) стали значительно шире и в настоящее время практически приближаются к таковым в открытой хирургии. Лапароскопическим доступом выполняют не только изолированную ЛХЭ, но и интраоперационную холангиографию, холедохотомию с эксплорацией общего желчного протока (ОЖП), наложение билиодигестивных анастомозов.

С 1998 г. лапароскопическая холецистэктомия успешно применяется в условиях Раменской ЦРБ. После обучения хирургов в ведущих лапароскопических центрах России и за рубежом мы начали применение ЛХЭ при лечении хронического холецистита. Как и многими авторами, нами было отмечено, что для ЛХЭ характерны радикальность «открытой» операции, малая травматичность (практическое сохранение мягких тканей передней брюшной стенки), отсутствие непосредственного мануального контакта с внутренними органами, малые сроки восстановления трудоспособности и реабилитации, наименьшее количество осложнений.

По мере накопления опыта происходило увеличение показаний и снижение противопоказаний к ЛХЭ в лечении хронического и острого калькулезного холе-