

© МИЛЛЕР С.В., ВИННИК Ю.С., БЕЛЕЦКИЙ И.И., МАРКЕЛОВА
Н.М.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

С.В. Миллер, Ю.С. Винник, И.И. Белецкий, Н.М. Маркелова
Красноярский государственный медицинский университет им.проф.
В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов.

***Резюме.** В статье представлены результаты хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. Клинически доказано, что одномоментное хирургическое лечение острого калькулезного холецистита в сочетании с холангиолитиазом из минидоступа является эффективным и относительно безопасным методом у больных с высоким операционным риском в сравнении с двухмоментным вмешательством, включающим эндоскопическую папиллосфинктеротомию.*

***Ключевые слова:** острый холецистит, холедохолитиаз, одномоментные операции.*

Миллер Сергей Владимирович – к.м.н., зав. хирургическим отделением Городской клинической больницы № 7; тел. 8 (391) 2405944.

Винник Юрий Семенович – д.м.н., проф., зав. каф. общей хирургии КрасГМУ; тел. 8 (391) 2201909.

Белецкий Игорь Иванович – к.м.н., врач первого хирургического отделения ГКБ №7; тел. 8 (391) 2201909.

Холедохолитиаз осложняет течение желчекаменной болезни в 5-25% случаев [3, 7,10]. Хирургические вмешательства при холедохолитиазе, особенно выполняемые в экстренном порядке, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность колеблется, по данным разных авторов, от 15 до 30% [6, 8]. В последнее время альтернативой хирургическому лечению пациентов с конкрементами желчных протоков все чаще становятся эндоскопические методы. Совершенствование эндоскопической техники и инструментов, применение новых методик создает условия для успешного лечения больных с холедохолитиазом, и позволяет избежать экстренной операции у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском, а также у больных, ранее оперированных на желчных путях [2, 7, 12].

По мнению ряда авторов [2, 4], оптимальным сочетанием для лечения острого холецистита и холедохолитиаза является эндоскопическое вмешательство на большом дуоденальном сосочке и лапароскопическая холецистэктомия. По мнению других авторов [1, 3, 11], именно у пожилых больных чаще встречаются клинические и анатомические ситуации, способствующие развитию осложнений – кровотечений, перфорации задней стенки двенадцатиперстной кишки и острого панкреатита. Общеизвестно, что эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) приводит к обострению желчнокаменной болезни, поэтому нет единого мнения о сроках и технологии холецистэктомии после ЭПСТ [5, 9,12].

Материалы и методы

Под нашим наблюдением в период с 2002 по 2008 гг. находилось 96 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом в сочетании с холедохолитиазом.

Из лапаротомного доступа оперировано 35 больных (1-я группа), 27-ми пациентам 2-ой группы на первом этапе проведена ЭПСТ, а затем выполнена холецистэктомия из мини-доступа, 30 больных 3-й группы оперированы одномоментно из мини-доступа.

Холецистэктомия от шейки была произведена 37-ми пациентам (82,2%), от дна – 8-ми больным (17,8%). После удаления желчного пузыря производилась супрадуоденальная холедохотомия, инструментальная ревизия холедоха, удаление конкрементов. По показаниям выполнялась интраоперационная холангиография. У 15-ти пациентов (33,3%) холедохотомическая рана была ушита, произведено дренирование холедоха по Холстеду-Пиковскому. У 30-ти больных (66,7%) пузырный проток прошит, перевязан, холедох дренирован по Вишневскому.

Пациентам 2-й группы на 3-4-е сутки пребывания в стационаре производили ЭПСТ, инструментальную ревизию холедоха, удаление конкрементов. В один этап ЭПСТ произведена 19-ти пациентам (70,4%). У 7-ми больных (29,6%) ЭПСТ выполнялась в несколько (от 2-х до 4-х) этапов. Средняя протяженность рассеченных тканей после всех этапов варьировала от 10-ти до 25-ти миллиметров, что зависело от длины интрамурального отдела общего желчного протока. Конкременты извлекались с помощью корзинки Дормиа непосредственно после ЭПСТ или спустя 2-3 дня. Размер конкрементов не превышал 15-ти миллиметров. Через 3-4 суток после ЭПСТ выполняли холецистэктомию из мини-доступа.

Больные 3-й группы оперированы одномоментно из мини-доступа. У всех пациентов желчный пузырь был удален от шейки. После холецистэктомии выполняли холедохотомию, удаляли конкременты,

санировали. У части пациентов была проведена интраоперационная холангиография. Холедох был дренирован по Холстеду-Пиковскому у 10-ти больных (29,4%), по Керу – у 2-х пациентов (5,9%), по Вишневскому – у 20-ти больных (58,8%). У 2-х больных (5,9%) с протяженной стриктурой дистального отдела общего желчного протока наложен холедоходуоденоанастомоз из минидоступа.

Оценку эффективности хирургического лечения проводили по следующим параметрам: продолжительность вмешательства, объем кровопотери, анализ интра- и послеоперационных осложнений и летальности. При подсчете количественных показателей у больных 2-й группы принимали во внимание результаты первого и второго этапов лечения.

Статистическая обработка материала выполнена методом вариационной статистики с определением средней величины (M) и средней ошибки (m) для каждой группы с оценкой критерия достоверности (p) по Стьюденту при парных сравнениях и критерия χ^2 для малых выборок. Математическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica» на персональном компьютере с процессором Intel Pentium-4.

Результаты и обсуждение

Наиболее продолжительными были операции у пациентов 2-й группы, так как суммировалось время, затраченное на ЭПСТ и холецистэктомию. Время выполнения оперативного вмешательства у больных 1-й и 3-й групп было приблизительно равным. У пациентов 1-й группы более длительный временной промежуток требовался для создания оперативного доступа и его ушивания, а у больных 3-ей группы из-за особенностей малого доступа больше времени требовалось на этапе препаровки печечно-двенадцатиперстной связки и ревизии внепеченочных желчевыводящих путей.

Величина интраоперационной кровопотери у пациентов 1-ой группы составила $350,5 \pm 36,8$ мл, 2-й группы – $75,6 \pm 13,4$ мл, 3-й группы – $81,3 \pm 15,6$ мл.

У пациентов 1-ой группы объем кровопотери существенно превышал показатели 2-й и 3-й групп, из-за повышенной кровоточивости тканей на этапе хирургического доступа у больных с механической желтухой и холангитом. Применение мини-доступа позволило уменьшить объем интраоперационной кровопотери.

У пациентов 1-ой группы больше времени потребовалось на восстановление витальных функций организма, поэтому среднее время пребывания в отделении интенсивной терапии у этих больных достоверно превышало показатели пациентов 2-й и 3-й групп.

Общая продолжительность госпитализации у больных 1-й группы составила $27,2 \pm 2,5$ суток, 2-й группы – $36,3 \pm 5,5$ суток, 3-й группы $20,3 \pm 1,5$. Длительные сроки госпитализации больных 2-й группы были обусловлены послеоперационными осложнениями, повторными операциями, что повлияло на общую продолжительность пребывания больных в стационаре.

Для объективной оценки различных вариантов лечения острого холецистита в сочетании с холедохолитиазом нами изучена структура интраоперационных и послеоперационных осложнений у больных 1-3-й групп. Хирургическое вмешательство у этой категории пациентов представляет сложную задачу. Помимо удаления желчного пузыря хирург должен решить проблему санации внепеченочных желчевыводящих путей. В условиях инфильтрата в области печеночно-двенадцатиперстной связки у пожилого больного, который уже не один раз переносил атаки острого холецистита, порой чрезвычайно сложно выделить общий желчный проток, выполнить холедохотомию и удалить конкременты.

ЭПСТ, по данным некоторых авторов, практически полностью вытеснила антеградные вмешательства на желчевыводящих путях. В то же время, по мере накопления опыта, стали выявляться и недостатки этого вмешательства. Лишь у 60-80% больных удается провести канюляционную ЭПСТ. Процедура может сопровождаться тяжелыми осложнениями – острым панкреатитом, профузным кровотечением из раны большого дуоденального сосочка, ретродуоденальной перфорацией с развитием забрюшинной флегмоны. Общее число осложнений при ЭПСТ колеблется от 4,2 до 11,3%, а летальность достигает 2%.

Структура интраоперационных осложнений у пациентов 1-3-й групп представлена в табл.1. У двух больных 1-й группы, на этапе препаровки печеночно-двенадцатиперстной связки была повреждена пузырная артерия, у одного – печеночная артерия. Печеночно-двенадцатиперстная связка, была пережата, пузырная артерия взята на зажим и перевязана. На печеночную артерию наложен сосудистый шов. Рана двенадцатиперстной кишки была ушита однорядным швом монофиламентным нерассасывающимся шовным материалом.

Пациенты 2-й группы были оперированы в два этапа, поэтому при анализе осложнений учитывался этап ЭПСТ и холецистэктомия. При попытке извлечения конкремента из общего желчного протока после ЭПСТ у 1-го больного оторвалась часть корзинки Дормиа и осталась вместе с конкрементом в просвете протока. Больной оперирован из лапаротомного доступа, произведена холедохотомия через которую извлечена часть инструмента и конкременты. Холедох санирован, дренирован по Вишневскому. Дальнейшее течение послеоперационного периода благоприятное, выздоровление.

Таблица 1

Характер интраоперационных осложнений у больных 1-3-й групп

Примечание: ¹различия достоверны в сравнении с 1 группой при $p < 0,5$.

После ЭПСТ у всех пациентов 2-й группы была предпринята попытка выполнить малоинвазивную холецистэктомию. Удалось выполнить операцию из минидоступа 22-м больным, конверсия потребовалась в 5-ти случаях, что составило 18,5%. Основной причиной конверсии был плотный щечный инфильтрат, затруднявший препаровку печечно-двенадцатиперстной связки. Интраоперационные осложнения на этапе холецистэктомии встретились у 5-ти пациентов. У трех больных возникло интраоперационное кровотечение, которое было остановлено в двух случаях наложением лигатуры и в одном случае наложением сосудистого шва. Холедох был ранен в продольном направлении, длина раны составляла 0,5 сантиметра. Расширения доступа у этого пациента не потребовалось. Холедох был дренирован по Холстеду-Пиковскому, рана ушита атравматическим монофиламентным шовным материалом. Рана двенадцатиперстной кишки также была ушита. Интраоперационные осложнения, возникшие на этапе холецистэктомии у больных 2-й группы, не оказали влияния на течение послеоперационного периода.

У двух больных 3-й группы, на этапе препаровки печечно-двенадцатиперстной связки, была повреждена пузырная артерия. Печечно-двенадцатиперстная связка была пережата, пузырная артерия взята на зажим и перевязана. Рана двенадцатиперстной кишки была ушита однорядным швом монофиламентным нерассасывающимся шовным материалом. Конверсия потребовалась у одного больного, что составило 3,3%. Показатель существенно ниже, чем у больных 2-й группы ($p < 0,01$).

Анализ структуры и частоты послеоперационных осложнений у больных 1-й группы показал, что чаще течение послеоперационного периода осложнялось пневмонией – 14,3%, гипертоническим кризом 11,4%, нагноением послеоперационной раны – 11,4%, скоплением желчи в подпеченочном пространстве – 8,6%. Желчный затек в подпеченочном

пространстве наблюдался у трех больных в результате технических погрешностей на этапе дренирования общего печеночного протока и подпеченочного пространства. У двух пациентов скопление желчи стало причиной формирования подпеченного абсцесса и у одного больного – разлитого желчного перитонита. Абсцесс в обоих случаях был дренирован под перидуральной анестезией из малоинвазивного доступа в правом подреберье. Оба больных выписаны с выздоровлением. Пациент с послеоперационным перитонитом был несколько раз оперирован и умер на фоне абдоминального сепсиса и полиорганной недостаточности.

Повторные операции потребовались у 5-ти больных 1-й группы (17,1%).

Таблица 2

Характер послеоперационных осложнений у больных 1-й группы

В табл. 3 представлен характер осложнений, возникших после выполнения ЭПСТ у больных 2-й группы. Самым частым осложнением был острый панкреатит, который диагностирован у 5-ти пациентов (18,5%). Несмотря на проводимое интенсивное консервативное лечение с применением современных секретолитиков (сандостатин, октреотид), у 3-х пациентов воспалительный процесс в поджелудочной железе прогрессировал, и у 3-х из 5-ти пациентов развился панкреонекроз. Эти больные были оперированы из лапаротомного доступа. Течение послеоперационного периода у всех 3-х больных было тяжелым. Двое пациентов умерли от гнойно-септических осложнений острого панкреатита.

У одного больного после ЭПСТ возникло кровотечение. Произведена повторная дуоденоскопия и коагуляция кровоточащего сосуда.

Таблица 3

Характер осложнений после ЭПСТ у больных 2-й группы

Структура осложнений, возникших после холецистэктомии у больных 2-й группы, представлена в табл. 4. У 4-х пациентов (14,8%) течение послеоперационного периода осложнилось нагноением послеоперационной раны. Во 2-й группе существенно реже, чем в 1-й, встречалось скопление желчи в подпеченочном пространстве – 3,7%, не было случаев резидуального холедохолитиаза. Лишь у одного пациента в послеоперационном периоде возникло внутрибрюшное кровотечение, потребовавшее повторной операции. Источником кровотечения был сосуд в ложе желчного пузыря, произведена коагуляция кровоточащего сосуда через минидоступ. У двух больных диагностировано острое желудочно-кишечное кровотечение. Источником кровотечения были острые эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки. В обоих случаях кровотечение удалось остановить с помощью эндоскопического гемостаза и медикаментозной терапии.

Таблица 4

***Характер осложнений после минидоступной холецистэктомии
у больных 2-й группы***

Повторные операции для ликвидации осложнений, связанных с хирургическим вмешательством, потребовали у 4-х больных 2-й группы (14,8%).

Осложнения, вызванные декомпенсацией соматических заболеваний, отмечены у 10-ти пациентов. Течение послеоперационного периода осложнилось гипертоническим кризом у 3-х больных (11,1%), острым инфарктом миокарда - у одного пациента (3,7%), пневмонией – у 4-х (14,8%), тромбозом вен нижних конечностей – у 3-х (11,1%).

Структура и частота послеоперационных осложнений у больных 3-й группы представлена в таблице № 5. Существенно реже, чем у пациентов 1-й и 2-й групп встречалось нагноение послеоперационной раны (5,8%). У одного больного вследствие неадекватного дренирования в подпеченочном

пространстве скопилась желчь. Под внутривенным наркозом расширена контрапертура в правом подреберье, установлен трубчатый дренаж. Послеоперационный панкреатит диагностирован у 2-х больных (5,8%). В обоих случаях панкреатит был средней степени тяжести, который удалось купировать консервативно. У одного больного на фоне резидуального холедохолитиаза и дистального блока холедоха длительно функционировал желчный свищ. Больному была выполнена фистулография, а затем эндоскопическая папиллосфинктеротомия, конкремент удален, свищ закрылся - выздоровление.

Таблица 5

Характер послеоперационных осложнений у больных 3-й группы

Осложнения соматического характера диагностированы у 7-ми больных. Гипертонический криз развился у 3-х пациентов (8,7%), острое нарушение мозгового кровообращения – у 1-го (2,9%), пневмония – у 3-х (8,7%), тромбофлебит вен нижних конечностей – у 1-го (2,9%), тромбоэмболия легочной артерии – у 1-го (2,9%).

Повторные операции потребовались у 2-х больных 3-й группы (5,8%).

У пожилых пациентов неудовлетворительные результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни могут быть обусловлены как хирургическими, так и общесоматическими причинами. В таблице 6 представлен анализ причин смерти больных 1-3-й групп.

Наиболее частой причиной смерти была послеоперационная пневмония. Заметный вклад в структуру летальности внесли сосудистые катастрофы, а также тромбоэмболические осложнения. От причин, связанных с основным заболеванием и хирургическим лечением, умерли 3-е больных. Летальность среди больных 1-й группы составила 14,3%, 2-й группы – 14,8%, 3-й группы – 5,8%.

Таблица 6

Летальность и причины смерти больных 1-3-й групп

Примечание: ¹различия достоверны в сравнении с 1 группой при $p < 0,5$.

Полученные результаты показывают, что одномоментное хирургическое лечение острого калькулезного холецистита в сочетании с холангиолитиазом из минидоступа является эффективным и относительно безопасным методом у больных пожилого и старческого возраста.

TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS COMBINED WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS IN PATIENTS WITH HIGH OPERATION RISK

S.V. Miller, U.S. Vinnik, I.I. Beletski, N.M. Markelova

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-
Yasenetsky

Abstract. The paper presents the results of the surgical treatment in old patients with acute gallstone cholecystitis complicated with cholelithiasis.

Compared with two-time intervention, including endoscopic papillosphincterotomy one-time surgical treatment in was proved to be efficient and relatively safe method patients with high operation risk in.

Key words: acute cholecystitis, cholelithiasis, simultaneously operations.

Литература

1. 30-ти летний опыт применения жомных билиодигестивных анастомозов / И.С. Кузнецов, Н.А. Кирьянов, В.А. Ситников и др. // *Анналы хирургии.* – 2003. – №3. – С.46-48.
2. Анатомические особенности строения органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / М.И. Гульман, В.Г. Николаев, Ю.С. Винник, С.И. Петрушко // *Сиб. мед. журн. (Томск).* – 1999. – №4. – С. 34-37.

3. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите / Н.А. Кузнецов, Л.С. Аронов, С.В. Харитонов и др. // Хирургия. – 2003. – №5. – С.35-40.
4. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И., Воробьев В.К. Серьезные хирургические осложнения лапароскопической холецистэктомии // Эндоскоп. хирургия. – 1998. – №1. – С. 11-12.
5. Гостищев, В.К. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия. – 2001. – №9. – С. 30-34.
6. Диагностика и лечение холангиолитиаза после холецистэктомии / А.С. Ермолов, Н.А. Дасаев, С.В. Юрченко и др. // Хирургия. – 2002. – №4. – С.4-10.
7. Диагностический подход при механической желтухе, осложненной гнойным холангитом / С.С. Харнас, В.Е. Сеницын, А.И. Шехтер и др. // Хирургия. – 2003. – №6. – С.36-41.
8. Ермаков Е.А., Лищенко А.Н. Миниинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных протоков // Хирургия. – 2003. – №6. – С. 68-74.
9. Лапароскопическая холецистэктомия при холедохолитиазе и стриктуре терминального отдела общего желчного протока / В.П. Стрекаловский, Ю.Г. Старков, Р.С. Григорян и др. // Хирургия. – 2000. – №9. – С.4-8.
10. Complications of endoscopic sphincterotomy: can heparin prevent acute pancreatitis after ERCP? / T. Rabenstein, S. Roggenbuck, B. Framke et al. // Gastrointest. Endoscop. – 2002. – Vol.55, №4. – P. 476-483.
11. Kaw M., Al-Antably Y., Kaw P. Management of gallstone pancreatitis: cholecystectomy or ERCP and endoscopic sphincterotomy // J. Hepatobil. Pancreat. Surg. – 2002. – Vol. 9, №4. – P. 429-435.

12. Management of gallstone cholangitis in the era of laparoscopic cholecystectomy / R. Tung-Ping Poon, C.L. Liu, C.M. Lo et al. // Arch. Surg. – 2001. – Vol. 136. – P. 11-16.