

© Коллектив авторов, 2007
УДК [616.366-002+612.357.65]-053.89/9-089

А.М.Хожибаев, Ш.К.Атаджанов, Б.Б.Хакимов, М.А.Хошимов

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ, У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Ключевые слова: холецистит, желтуха, малоинвазивная хирургия.

Введение. Наиболее грозными и частыми осложнениями желчнокаменной болезни (ЖКБ) являются механическая желтуха и гнойный холангит. Так, по данным различных авторов, ЖКБ осложняется механической желтухой у 13–43% больных [4, 10, 11], а частота развития гнойного холангита при холедохолитиазе составляет 66,4–88,1% [6, 8, 11]. У больных пожилого и старческого возраста, отягощенных серьезными сопутствующими заболеваниями, острый холецистит, осложненный механической желтухой и гнойным холангитом, представляет наиболее сложную проблему диагностики и лечения [6, 13]. В данных случаях холедохолитиаз в сочетании со стенозом терминального отдела общего желчного протока вызывает наиболее тяжелое нарушение пассажа желчи и является частой причиной гнойного холангита. Летальность при этих осложнениях, по данным различных авторов, по-прежнему остается высокой, достигая 30% [5, 10].

Основной задачей лечения механической желтухи в ургентной хирургии, вне зависимости от причины обструкции, является декомпрессия билиарного тракта. Однако операции, выполняемые на высоте выраженности желтухи, печеночной недостаточности, особенно у пациентов пожилого возраста, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью. В связи с этим, на сегодняшний день уже ни у кого не вызывает сомнений необходимость применения для экстренного разрешения желтухи щадящих, малоинвазивных вмешательств, обеспечивающих декомпрессию билиарного тракта [6, 9, 10].

Совершенствование методов диагностики и лечения острого холецистита, осложненного механической желтухой и гнойным холангитом, имеет большое практическое значение [1, 3, 7, 12,]

Цель исследования — провести анализ применения малоинвазивных технологий в лечении острого холецистита, осложненного механической желтухой у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты диагностики и лечения 165 больных с острым холециститом, осложненным механической желтухой в пожилом и старческом возрасте. Возраст больных колебался от 60 до 90 лет. Средний возраст больных составил $(66,4 \pm 6,1)$ года. Мужчин было 68, женщин — 97 больных. У 66% больных длительность заболевания органов желчевыводящей системы составила 6 лет. У 138 (83,6%) больных причиной данных осложнений являлся холедохолитиаз, у 18 (10,9%) — изолированные рубцовые стриктуры терминального отдела общего желчного протока и большого дуоденального сосочка (БДС) и у 9 (5,5%) — сочетание этих двух заболеваний. Гнойный холангит развился у 61 больных.

Для диагностики патологии внепеченочных желчных путей большое значение имеет УЗИ печени, желчного пузыря и желчных протоков. Точность диагностики острого калькулезного холецистита составила 93%. Камни общего желчного протока при УЗИ выявлены у 32%. Однако у 76% больных при УЗИ обнаружены увеличение диаметра общего желчного протока и другие косвенные признаки обструкции желчных путей (утолщение, неровность контура стенок общего желчного протока, неоднородные гиперэхогенные включения). Результаты УЗИ определяли дальнейшую диагностическую программу и лечебную тактику, показания к инвазивным методам прямого контрастирования желчных путей.

Наиболее информативным методом исследования желчных путей, позволяющим установить точную причину и уровень нарушения проходимости, являлась эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ), которая выполне-

Таблица 2

Морфологические формы острого деструктивного холецистита

Морфологические формы острого деструктивного холецистита	Абс. число	%
Флегмонозный холецистит,	85	69,6
в том числе в сочетании с эмпиемой желчного пузыря	36	29,5
Гангренозный холецистит	26	21,4
Гангренозно-перфоративный холецистит	11	9,0
Всего	122	100

на у 153 больных с острым холециститом, осложненным механической желтухой в сроки от нескольких часов до 2 сут с момента госпитализации. У 82% пациентов ЭРХГ выполнялась однократно, у 18% — проводились повторные исследования.

ЭРХГ завершалась такими лечебными мероприятиями, как эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и назобилиарное дренирование. Длительность нахождения назобилиарного дренажа составляла 5–7 дней. Острый гнойный холангит обнаружен у 61 больного. Микробиологическое исследование желчи, полученной из желчного пузыря и общего желчного протока во время оперативного вмешательства или эндоскопических манипуляций, производили всем больным для выделения и идентификации микроорганизмов, определения степени обсемененности, чувствительности к антибиотикам.

На втором этапе лечения было выполнено оперативное вмешательство 122 (74%) больным. Операция начата лапароскопическим способом у 38 больных, из них лапароскопически холецистэктомия завершена 35 пациентам, в том числе в одном случае произведено дренирование общего желчного протока по Пиковскому. У 3 пациентов в связи с выраженным воспалительным инфильтратом в области печеночно-двенадцатиперстной связки произвели конверсию. Открытая холецистэктомия проведена у 83 больных, в том числе с холедохолитотомией — у 14, с наложением билиодигестивного анастомоза — у 2 пациентов. В связи с тяжестью состояния, обусловленным декомпенсацией сердечно-сосудистой патологии и высоким операционным риском, у 4 больных произведена холецистостомия через минилапаротомный разрез. В табл. 1 подробно указаны варианты оперативных вмешательств, выполненных у данной категории больных.

Таблица 1

Виды оперативных вмешательств

Виды оперативных вмешательств	Одно-этапные	Двухэтапные (после ЭПСТ)	Абс. число	%
ЛХЭ	–	34	34	28,0
ЛХЭ, НДХ	–	1	1	0,8
ОХЭК, ХЛТ, НДХ	12	–	12	9,8
ОХЭК, ХЛТ, БДА	2	–	2	1,6
ОХЭК	–	42	42	34,4
ОХЭК, НДХ	9	18	27	22,0
МинХЭс	–	4	4	3,4
Всего	23	99	122	100,0

Примечание. ЛХЭ — лапароскопическая холецистэктомия; НДХ — наружное дренирование общего желчного протока; ХЛТ — холедохолитотомия; БДА — билиодигестивный анастомоз; ОХЭК — открытая холецистэктомия; МинХЭс — минилапаротомная холецистостомия.

По данным морфологических исследований желчного пузыря, флегмонозная форма холецистита наблюдалась в 69,6% случаев, гангренозная — в 21,4%, гангренозно-перфоративная — в 9% случаев (табл. 2).

Результаты и обсуждение. Основной причиной механической желтухи является холедохолитиаз, установленный у 83,6% больных. Сочетание деструктивного холецистита с гнойным холангитом выявлено в 37% случаев. Для острого гнойного холангита характерны ознобы, подъем температуры тела до 38–40 °С. Противной пот наблюдался у 26% больных. Наиболее частыми клиническими симптомами являлись боль, желтуха, лихорадка.

Тактика хирургического лечения больных с острым холециститом, осложненным механической желтухой и гнойным холангитом у больных пожилого и старческого возраста, была строго дифференцированной, при этом преимущественно использовали двухэтапный способ декомпрессии и санации желчевыводящих путей.

В зависимости от метода хирургического лечения исследуемые больные разделены на 4 группы.

1-ю группу составили 42 больных, у которых была выполнена предварительная эндоскопическая декомпрессия желчных путей (ЭПСТ), позволявшая уменьшить тяжесть механической желтухи, гнойного холангита и степень эндотоксикоза. В связи с прогрессированием деструктивных явлений в желчном пузыре и появлением признаков перитонита больные этой группы оперированы в экстренном порядке. Этим больным произведены оперативные вмешательства в объеме МинХЭс (4), холецистэктомии и наружного дренирования желчных путей (38).

2-ю группу составили 12 больных, которым ЭПСТ произвести не удалось по техническим причинам, а также при наличии крупного конкремента в общем желчном протоке после ЭПСТ произвести литоэкстракцию не удалось. Эти больные оперированы в экстренном и отсроченном порядке, им выполнены холецистэктомии, холедохолитотомии, санации и дренирование желчных протоков открытым способом.

Больным 3-й группы (35) в качестве первого этапа произведена декомпрессия и санация желчных путей эндоскопическими методами, полное устранение причины нарушения проходимости желчных путей и холангита; и втором этапе выполнена холецистэктомия лапароскопическим способом в отсроченном порядке.

Переход к лапаротомии (конверсии) вследствие технических сложностей в дифференцировании элементов мы не считаем осложнением ЛХЭ. Частота конверсий, по данным различных авторов, составляет 1,2–6,3%. По нашему опыту, переход на лапаротомию у 3 (2,3%) больных потребовался из-за воспалительных или рубцовых изменений в области гепатодуоденальной связки, а также из-за трудностей в дифференцировке трубчатых элементов гепатодуоденальной зоны.

Больным 4-й группы (43) после эндоскопического разрешения билиарной гипертензии произведена отсроченная холецистэктомия традиционным способом.

При механической желтухе и гнойном холангите у больных пожилого и старческого возраста мы придерживаемся двухэтапной тактики оперативного лечения. Больным с выраженным холангитом и печеночной недостаточностью на первом этапе выполняли декомпрессию желчных путей при помощи ЭПСТ и, по возможности, инструментальную литоэкстракцию при помощи корзинки Дормиа. У 34 больных при выраженном гнойном холангите ЭПСТ завершили назобилиарным дренированием с эндохоледохеальным введением растворов антисептиков и антибиотиков. Обязательным моментом явилось взятие желчи на бактериологическое исследование с определением чувствительности микрофлоры на антибиотики. В качестве второго этапа выполняли радикальные операции. Наиболее оптимальным является выполнение в последующем ЛХЭ. Такую тактику лечения удалось осуществить 35 пациентам пожилого и старческого возраста. В группе больных с традиционной холецистэктомией (83) также выполнены холедохолитотомии 14 больным, дренирование общего желчного протока по Пиковскому — 19, по Керу — 2, по Вишневскому — 1, холедоходуоденоанастомоз по Юрашеку — Виноградову — 2 больным.

Послеоперационные осложнения в группе с традиционными оперативными вмешательствами развились у 15 (18%) больных. Нагноение послеоперационной раны возникло у 8 больных, пневмонии — у 3 больных, желчеистечение по дренажу — у 3 (самостоятельно прекратилось на 5–6-е сутки после операции), подпеченочный абсцесс — у 1 больного. В последнем случае про-

изведены лапароскопическая санация и дренирование подпеченочного абсцесса с благоприятным исходом. Летальный исход наступил в 2 случаях, причиной которого явилось прогрессирование гнойного холангита и печеночной недостаточности — у 1 больного, сепсис — у 1 больного.

После лапароскопической холецистэктомии послеоперационных осложнений со стороны раны мы не наблюдали.

Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика при остром холецистите, осложненном механической желтухой, с использованием двухэтапного метода декомпрессии и санации желчевыводящих путей, является наиболее рациональной для больных пожилого и старческого возраста, что подтверждается значительным сокращением числа осложнений, снижением послеоперационной летальности.

Выводы. 1. ЭПСТ с последующей ЛХЭ являются операцией выбора у больных с желчно-каменной болезнью, осложненной механической желтухой и гнойным холангитом, позволяющими снизить число послеоперационных осложнений, а также значительно улучшить отдаленные результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста.

2. В случаях невозможности выполнения ЭПСТ (протяженная стриктура в терминальном отделе общего желчного протока, интрадивертикулярное расположение БДС), а также при трудностях удаления конкремента эндоскопическим способом (крупный камень) для разрешения билиарной гипертензии показан открытый способ операции с отведением желчи.

3. Больные данной категории нуждаются в интенсивной консервативной терапии с использованием различных методов детоксикации и обязательной коррекцией сопутствующих патологий.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Верховский В.С. Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи.—СПб.: Эскулап, 1997.—150 с.
2. Вишневский В.А., Джоробеков А.Д., Ганжа П.Ф. Острый обтурационный гнойный холангит // Сов. мед.—1988.—№ 2.—С. 52–54.
3. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Кузовлев Н.Ф. и др. Вопросы патогенеза, тяжести течения, клинических синдромов и дифференциального лечения гнойного холангита // Хирургия.—1997.—№ 1.—С. 77–78.
4. Гостищев В.К., Мисник В.И., Меграбян Р.А. Холангит в неотложной хирургии острого холецистита // Вестн. хир.—1987.—№ 1.—С. 131–133.
5. Ермолов А.С., Удовский Е.Е., Юрченко С.В. и др. Диагностика и лечение обструктивного холангита // Хирургия.—1994.—№ 6.—С. 3–5.

6. Клименко Г.А. Холедохолитиаз, диагностика и оперативное лечение.—М.: Медицина, 2000.—223 с.
7. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей.—М.: Медицина, 1990.—240 с.
8. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз.—СПб.: ЭЛБИ, 2000.—285 с.
9. Родионов В.В., Прикупец В.Л., Занозин Ю.Ф. и др. Хирургическая тактика при гнойном холангите у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия.—1991.—№ 10.—С. 26–30.
10. Савельев В.С., Филимонов М.И., Василенко Ю.В. и др. Тактика лечения больных калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой // Хирургия.—1995.—№ 1.—С. 23–25.
11. Bingener J., Schwesinger W.H. Management of common bile duct stones in a rural area of the United States. Results of a survey // Surg. Endosc.—2006.—Vol. 20, № 4.—P. 577–579.
12. Pring C.M., Skelding-Millar L., Goodall R.J.R. Expectant treatment or cholecystectomy after endoscopic retrograde cholangiopancreatography for choledocholithiasis in patients over 80 years old? // Surg. Endosc.—2005.—Vol 19, № 3.—P. 357–360.
13. Wang Y.-C., Yang H.-R., Chung P.-K. et al.. Urgent laparoscopic cholecystectomy in the management of acute cholecystitis: timing does not influence conversion rate // Surg. Endosc.—2006.—Vol. 20, № 5.—P. 806–808.

Поступила в редакцию 29.11.2006 г.

A.M.Khozhibaev, Sh.K.Atadzhanov, B.B.Khakimov,
M.A.Khoshimov

MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS FOR ACUTE CHOLECYSTITIS COMPLICATED BY MECHANICAL JAUNDICE IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Results of the diagnosis and treatment of 165 patients with acute cholecystitis complicated by mechanical jaundice in elderly and senile age were analyzed. The method of endoscopic retrograde papillocholangiography used in 153 patients with acute cholecystitis complicated by mechanical jaundice is thought to be the most informative method of investigation of the bile ducts which allows determination of the exact cause and the level of disturbance of their patency. In 138 (83.6%) patients the cause of these complications was choledocholithiasis, in 18 (10.9%) isolated scarry strictures of the terminal part of the common bile duct and major duodenal papilla and in 9 patients (5.5%) a combination of these two diseases. Purulent cholangitis developed in 61 patients. Operations were fulfilled in 122 patients at the second stage, in 38 patients it was laparoscopic cholecystectomy. The differentiated medico-diagnostic strategy for acute cholecystitis complicated by mechanical jaundice using a two-stage method of decompression and sanitation of the bile ducts is the most rational method of treatment of elderly and senile patients.