

УДК 616.366-002.1-06:616.36-008.5-089.819

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**С.А. Быстров, Б.Н. Жуков**, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»**Быстров Сергей Александрович** – e-mail: bistrovsa@mail.ru

В работе проанализированы результаты применения миниинвазивных методов в лечении 165 больных с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой. Показана высокая эффективность возможностей миниинвазивной хирургии в лечении этой категории больных, позволяющая не только радикально излечить больных, но и значительно снизить показатели частоты осложнений и летальность и получить хорошие и удовлетворительные результаты лечения в 94% наблюдений.

Ключевые слова: механическая желтуха, острый холецистит, малоинвазивная хирургия.

This work contains the analysis of the results in application of minimally invasive treatment methods of 165 patients with acute calculous cholecystitis complicated by mechanical jaundice. High effectiveness of abilities in minimally invasive interventions for the treatment of this type of patients is shown, that enables not only the radical cure of patients but also to reduce the index of complication frequency and mortality and to get good and satisfactory results in 94% of monitoring.

Key words: mechanical jaundice, acute cholecystitis, minimally invasive interventions.

Введение

Механическая желтуха является наиболее грозными и частыми осложнениями желчнокаменной болезни и встречается у 15–35% больных [1, 2], а частота развития гнойного холангита при холедохолитиазе составляет 66–88% [3, 4]. У больных пожилого и старческого возраста, отягощенных серьезными сопутствующими заболеваниями, механическая желтуха и гнойный холангит представляют наиболее сложную проблему диагностики и лечения [5, 6]. У этих пациентов холедохолитиаз в сочетании со стенозом терминального отдела общего желчного протока вызывает наиболее тяжелое нарушение пассажа желчи и является основной причиной гнойного холангита. Летальность при таких осложнениях, по данным различных авторов, по-прежнему остается высокой, достигая 30% [7, 8].

Основной задачей лечения механической желтухи в ургентной хирургии, вне зависимости от причины обструкции, является неотложная декомпрессия билиарного тракта. Однако операции, выполняемые на высоте выраженности желтухи, печеночной недостаточности, особенно у пациентов, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью. На сегодняшний день уже ни у кого не вызывает сомнений необходимость применения для экстренного разрешения гипербилирубинемии щадящих, малоинвазивных вмешательств, обеспечивающих декомпрессию билиарного тракта [9, 10]. Совершенствование хирургической тактики лечения острого калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой, несомненно, имеет большое практическое значение.

Цель исследования: проанализировать результаты применения малоинвазивных технологий хирургического лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой.

Материал и методы

Клиника госпитальной хирургии СамГМУ обладает опытом 1560 миниинвазивных оперативных вмешательств при различных формах и осложнениях ЖКБ, в том числе при лечении 165 (10,6%) больных с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой. Средний

возраст больных $58,4 \pm 6,1$ года. Мужчин было 58, женщин – 107. У 138 (83,6%) больных причиной желтухи был холедохолитиаз, у 18 (10,9%) – изолированные стриктуры терминального отдела гепатикохоледоха и БДС, у 9 (5,5%) – сочетание холедохолитиаза со стриктурой. Гнойный холангит развился у 21 (12,7%) больного. Для диагностики патологии внепеченочных желчных протоков на первом этапе применяли УЗИ. Конкременты гепатикохоледоха выявлены у 42 (25,5%) больных. У 121 (73,3%) пациента при УЗИ отмечалось увеличение диаметра гепатикохоледоха и расширение внутрипеченочных желчных протоков. Компьютерная томография выполнена 25 (15,2%) больным, при этом холедохолитиаз выявлен в 22 (88%) наблюдениях. На втором этапе диагностики применяли эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХПГ), которая выполнена у 133 (80,6%) больных в сроки от 24 до 72 часов от момента госпитализации. У 34 (25,6%) больных проводились повторные исследования. ЭРХПГ завершилось у всех больных эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), у 18 больных – назобилиарным дренированием. При невозможности выполнения ЭРХПГ или при ее неэффективности выполняли чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХ) с наружным (ЧЧНДЖП) или наружно-внутренним дренированием желчных путей (ЧЧНВДЖП). Оперативное вмешательство миниинвазивными методами (лапароскопически или методом мини-лапаротомии) выполнено у 157 больных. Для наружного дренирования гепатикохоледоха использованы способы дозированной декомпрессии желчных протоков, разработанные на кафедре госпитальной хирургии («Дренаж желчных протоков». Быстров С.А., Жуков Б.Н., Бизярин В.О., Шестаков Е.В. Патент на полезную модель № 97924 от 27.09.2010; приоритет от 08.04.2010 и «Устройство для декомпрессии желчных путей». Жуков Б.Н., Быстров С.А., Бизярин В.О., Шестаков Е.В. Патент на полезную модель № 97052 от 27.08.2010; приоритет от 08.04.2010). Внутреннее дренирование – холедоходуоденостомию (ХДА) – выполняли по методу Юраша. По данным морфологических исследований катаральная форма острого холецистита выявлена в 45 (27,2%) наблюдениях, флегмонозная – в 96 (57,5%), гангренозная – 24 (15,3%).

Результаты и их обсуждение

Тактика хирургического лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, была дифференцированной, однако преимущественно мы применяли двухэтапный способ декомпрессии и санации желчевыводящих путей. Одновременно с диагностическими процедурами проводили интенсивную консервативную терапию и детоксикацию, направленную на коррекцию гомеостаза, а также на предупреждение прогрессирования печеночно-почечной недостаточности и септических осложнений. У 46 (27,9%) проводили методы экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмаферез, УФО крови, ультрагемодиализация). Всего проведено 102 эффективные процедуры.

В зависимости от метода хирургического лечения больные разделены на 5 групп.

1-ю группу составили 64 больных, у которых была на первом этапе выполнена ЭРХПГ и ЭПСТ, позволившая радикально санировать желчевыводящие пути – удалить конкременты из гепатикохоледаха и(или) ликвидировать терминальную стриктуру, восстановить адекватный пассаж желчи и купировать механическую желтуху и приступ острого холецистита. В последующем все эти больные были оперированы в отсроченном порядке – 8 больным выполнена ЛХЭ, 42 – холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа (ХЭМД), 14 – ХЭМД с наружным или внутренним дренированием желчных путей. Число конверсий доступа в традиционную лапаротомную холецистэктомию (ТХЭ) в связи с техническими сложностями выполнения малоинвазивной операции отмечено в 4(6,25%) наблюдениях (трудности идентификации магистральных желчных протоков в связи с выраженными инфильтративно-рубцовыми изменениями в области шейки пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки. Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 4 (6,25%) больных. У 2 больных развился послеоперационный панкреатит, который удалось купировать консервативными мероприятиями. В 2 наблюдениях отмечалось желчеистечение (до 6 суток), которое самостоятельно купировалось. Летальных исходов в этой группе не было.

2-ю группу составили 43 пациента, которым на первом этапе выполнена ЭРХПГ и ЭПСТ, однако в связи с прогрессированием острого холецистита больные были оперированы в экстренном порядке. 18 выполнена ХЭМД с холедохолитотомией и наружным (16 пациентов) или внутренним (2 пациента) дренированием холедоха, 25 – ТХЭ с холедохолитотомией и наружным (21 пациент) или внутренним (4 больных) дренированием гепатикохоледаха. Послеоперационные осложнения имели место у 2 (4,7%) больных. У 1 больного – частичная несостоятельность холедоходуоденоанастомоза с желчеистечением по дренажу, которое самостоятельно прекратилось к 8-м суткам и у 1 больного развился послеоперационный панкреатит, который был купирован консервативными мероприятиями. Отмечено 2 (4,6%) летальных исхода у больных старческого возраста от ТЭЛА и острого нарушения мозгового кровообращения.

3-ю группу составили 24 пациента, которым выполнены пункционно-дренирующие вмешательства как первый этап лечения: в 16 наблюдениях – чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС) под контролем УЗИ, чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХ) и наружно-

внутреннее дренирование желчных протоков (ЧЧНВДЖП) была выполнена 8 больным. Показаниями к проведению данных вмешательств была необходимость декомпрессии и санации желчных протоков у больных в группе высокого операционного риска при уровне гипербилирубинемии более 100 мкмоль/л, явлений холангита и острого обтурационного холецистита. На втором этапе 10 больным выполнена ХЭМД, 10 – ТХЭ. В этой группе отмечено 5 (20,8%) летальных исходов – все больные были старческого возраста с декомпенсированными сопутствующими заболеваниями.

4-ю группу составили 26 пациентов, которым не удалось выполнить ЭРХПГ, ЧЧХ или манипуляция оказалась неэффективной или вызвала осложнения. У 4 больных в этой группе развился панкреонекроз, у 2 больных – корзинка Дормиа застряла в холедохе. Все больные были оперированы в экстренном порядке – 20 больным была выполнена ХЭМД с холедохолитотомией и дренированием гепатикохоледаха, у 6 больных была конверсия доступа ТХЭ с дренированием желчных путей. В послеоперационном периоде отмечено 3 (11,5%) летальных исхода – у 1 больного с панкреонекрозом, у 2 – в связи с прогрессированием печеночно-почечной недостаточностью.

5-ю группу составили 8 больных с явлениями разлитого желчного перитонита, которые были оперированы традиционным способом. Послеоперационные осложнения в этой группе развились у 3 (37,5%) больных. Нагноение послеоперационной раны возникло у 1 больного, желчеистечение по дренажу – у 1 (самостоятельно прекратилось на 5–6-е сутки после операции), подпеченочный абсцесс – у 1 больного, который был излечен пункционно-дренирующим методом под контролем УЗИ. Летальные исходы отмечены в 2 (25%) наблюдениях, причинами которых явилось прогрессирование холангита и печеночной недостаточности.

Общая летальность при остром калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой в анализируемых группах, составила 10 (6%) пациентов.

После ЛХЭ и ХЭМД послеоперационных осложнений со стороны раны мы не наблюдали ни у одного больного.

Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика при остром калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой, с использованием двухэтапного метода декомпрессии и санации желчевыводящих путей, с нашей точки зрения, является наиболее рациональной, что подтверждается значительным сокращением числа осложнений, снижением послеоперационной летальности и улучшением качества жизни пациентов.

Выводы

1. ЭРХПГ и ЭПСТ с последующей миниинвазивной операцией (ЛХЭ, ХЭМД) являются операцией выбора у больных с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой и гнойным холангитом, позволяющими снизить число послеоперационных осложнений, а также значительно улучшить отдаленные результаты лечения пациентов.

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 показана ХЭМД с холедохолитотомией и наружным или внутренним дренированием гепатикохоледаха.

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



ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллоев Д.А., Курбонов К.М., Исоев А.О., Даминава Н.М. Хирургическое лечение больных с осложненными формами желчнокаменной болезни. Вестник хирургии. 2007. Том 166. № 2. С. 68-71.
2. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2009. 175 с.
3. 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.
4. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Верховский В.С. Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. СПб.: Эскулап, 1997. 150 с.
5. Глушков Н.И., Мосягин В.Б., Верховский В.С. и др. Миниинвазивные вме-

шательства в лечении желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия. 2010. № 10. С. 53-58.

6. 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.

7. Хожибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Хакимов Б.Б., Хошимов М.А. Малоинвазивные вмешательства при остром холецистите, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста. Вестник хирургии. 2007. Том 166. №3. С. 66-69.

8. Клименко Г.А. Холедохолитиаз, диагностика и оперативное лечение. М.: Медицина, 2000. 223 с.

9. Bingener J., Schwesinger W.H. Management of common bile ductstones in a rural area of the United States. Results of a survey. Surg. Endosc. 2006. Vol. 20. № 4. P. 577-579.

10. 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.