

УДК 616.36-008.5-089:616.366-002-036.11-05

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

А.А. Чарышкин, О.В. Мидленко, В.И. Мидленко, А.А. Чарышкин, кафедра госпитальной хирургии, Институт медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета

Чарышкин Алексей Леонидович – e-mail: charyshkin@yandex.ru

Малоинвазивное хирургическое лечение пациентов осложненным острым холециститом, при большом кармане Гартмана, сращенном с желчными путями, с наличием механической желтухи предложенным способом холецистэктомии и холедоходуоденоанастомоза, снижает такие осложнения, как кровотечение, желчеистечение, повреждение (пересечение) общего желчного или общего печеночного протока, способствует более быстрой ликвидации болевого синдрома, раньше нормализуются показатели билирубина, АЛАТ и АСАТ, значительно сокращает сроки заживления послеоперационных ран.

Ключевые слова: механическая желтуха, холецистэктомия, большой карман Гартмана, холедоходуоденоанастомоз.

Small intervention surgical treatment of patients by the complicated sharp cholecystitis, at the big pocket of Gartmana, join with bilious ways with presence of a mechanical jaundice by the offered way cholecystectomy and choledohooanastomosis, reduces such complications as a bleeding, bile current, damage (crossing) of the general bilious or general hepatic channel, promotes faster liquidation of a painful syndrome, indicators of bilirubin, ALAt and ASAt earlier are normalised, considerably reduces terms of healing of postoperative wounds.

Key words: Mechanical jaundice, cholecystectomy, the big pocket of Gartmana, choledohooanastomosis.

Введение

В настоящее время в клиническую практику широко внедряются малоинвазивные и эндоскопические методы декомпрессии билиарного тракта при лечении пациентов с механической желтухой, несмотря на это в ряде случаев возникает необходимость формирования билиодигестивных соустьев. Несмотря на большие возможности современной хирургии и новые медицинские технологии летальность остается на прежнем уровне (3–7%) и не имеет тенденции к снижению [1, 2, 3]. Причинами летальных исходов более чем 60% больных являются осложненные формы желчнокаменной болезни. Чаще осложнения возникают при деструктивном холецистите, синдроме Мириizzi, холецистодигестивных свищах, при большом кармане Гартмана, сращенном с желчными путями [4–6, 7, 8].

Цель исследования – улучшение ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с осложненными формами острого холецистита.

Материалы и методы

В период 2001–2009 гг. под нашим наблюдением находилось 86 пациентов с острым холециститом с механической желтухой. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от способа выполнения холецистэктомии и холедоходуоденоанастомоза. Первая группа – 47 больных, которым выполнена традиционная холецистэктомия, холедоходуоденоанастомоз (ХДА) по Юрашу. Вторая группа – 39 пациентов, оперированных предложенным способом холецистэктомии (Способ холецистэктомии при увеличенном кармане Гартмана, сращенном с желчными путями/ А. Л. Чарышкин, О.В. Мидленко. Заявка № 2008103639 от 30.01.08; приоритет от 30.01.08) и по оригинальной методике формирования арефлюксного холедоходуоденоанастомоза (Способ форми-

рования арефлюксного холедоходуоденоанастомоза/ А.Л. Чарышкин, О.В. Мидленко по заявке № 2009146765, приоритет от 9.12.09 г.), разработаны на кафедре госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета. Возраст больных в группах в среднем составил 61,2 года. У всех пациентов механическая желтуха была обусловлена холедохолиязмом с наличием множественных конкрементов во внепеченочных протоках. В 100% случаев пациенты имели два и более сопутствующих заболевания. Все больные в двух группах оперированы из минидоступа с помощью универсального рамочного ранорасширителя. Полученные результаты формирования арефлюксного холедоходуоденоанастомоза изучали с помощью визуализации билиопанкреатодуоденальной области ультразвуковыми, эндоскопическими и рентгенологическими способами. Использовали ультразвуковой сканер «Logic-400» фирмы «General Electric» (США) с мультимодальными датчиками 3,0–7,5 МГц; фиброскопы фирмы «Olympus» GIF P-30 (Япония); рентгенодиагностический комплекс РУМ-20М (Германия). Уровень качества жизни пациентов оценивали с помощью специализированного опросника Gastrointestinal Quality of Life Index (G1QLI, E. Eypasch, 1995).

Результаты и обсуждение

Боли исчезали у больных в первой группе при традиционном способе лечения в послеоперационном периоде через $7,2 \pm 0,2$ дня, во второй группе больных после холецистэктомии, ХДА предложенным способом через $5,5 \pm 0,3$ дня, что достоверно быстрее, чем в группах сопоставления ($p < 0,05$).

Достоверное снижение уровня общего билирубина, активности АЛАТ и АСАТ в сыворотке крови отмечается у всех пациентов. Однако показатель билирубинемии у больных после минилапаротомии, холецистэктомии, холедоходуоденоанастомоза предложенным способом ($68,2 \pm 0,7$ мкмоль/л;

$p < 0,05$) в основной группе был достоверно ниже, чем в первой группе ($96,3 \pm 1,4$ мкмоль/л), уже на 2-е сутки после операции. Темп снижения общего билирубина выше у больных после выполнения арефлюксного холедоходуоденоанастомоза. Во 2-й группе исследования нормализация показателей билирубина происходила на более ранних сроках, к шестым суткам, тогда как в 1-й группе сопоставления уровень билирубина крови к 10-м суткам превышал нормальные показатели в полтора раза. Активность АлАТ в основной группе после минилапаротомии, холецистэктомии, холедоходуоденостомии предложенным способом на 6-е сутки ($294,1 \pm 22,1$ ед./л) была достоверно ниже, чем у больных в 1-й группе сравнения ($583,2 \pm 53,2$ ед./л, соответственно). Темп снижения АлАТ выше у больных во 2-й группе исследования.

Во 2-й группе больных острым холециститом и механической желтухой наблюдалось значительное сокращение ЛИИ уже на 4-е сутки, которые составили $4,1 \pm 0,4$, а в первой группе $8,8 \pm 0,3$ дня, что достоверно меньше, чем в группе сопоставления ($p < 0,05$).

У больных во всех группах проводился мониторинг уровня амилазы крови. Количество больных с повышенной амилазой было примерно равным в двух группах. Во второй группе наблюдалось существенное снижение амилазы – уже на 4-е сутки она незначительно превышала показатели нормы, которые составили $39 \pm 1,1$ г/л*час, что достоверно меньше, чем в группе сопоставления $70 \pm 0,9$ г/л*час, ($p < 0,05$). Во 2-й группе исследования нормализация показателей происходила на более ранних сроках.

При традиционном способе лечения холецистэктомии и ХДА больных осложненным острым холециститом с наличием механической желтухи послеоперационная рана заживает полностью на $9,1 \pm 0,4$ дня, а у пациентов после холецистэктомии, арефлюксной холедоходуоденостомии предложенным способом заживление наступает на $6,8 \pm 0,3$ дня, что достоверно быстрее сокращает сроки заживления, чем в группе сопоставления ($p < 0,05$). Осложнения чаще встречались в первой группе пациентов: повреждение общего желчного протока – 6,4%, кровотечение из ложа желчного пузыря – 12,8%, желчеистечение – 10,6%. Послеоперационная летальность в первой группе составила 2,1%.

Во второй группе результаты применения разработанного способа хирургической коррекции механической желтухи показали, что случаев послеоперационной летальности и специфических осложнений отмечено не было. В послеоперационном периоде кратковременное желчеистечение по контрольному дренажу констатировано у 1 (2,6%) пациента.

Меньшее количество осложнений во второй группе после холецистэктомии по предложенной методике связываем с тем, что рассекают нижнелатеральную стенку кармана Гартмана по направлению к общему желчному и общему печеночному протоку таким образом, чтобы линия разреза проходила вдоль общего желчного и общего печеночного протока, что исключает повреждение (пересечение) общего

желчного или общего печеночного протока в поперечном направлении.

Таким образом, малоинвазивное хирургическое лечение пациентов осложненным острым холециститом, с наличием механической желтухи, путем минилапаротомии холецистэктомии и ХДА предложенным способом способствует более быстрой ликвидации болевого синдрома, раньше нормализуются показатели билирубина, АлАТ и АсАТ, значительно сокращает сроки заживления послеоперационных ран. Результаты инструментальных исследований свидетельствовали о хорошей функциональной активности арефлюксного билиодигестивного анастомоза. При этом предложенный способ холедоходуоденоанастомоза надежно предотвращал развитие рефлюкс-холангита и рубцового стеноза сформированных соустьев. Внедрение разработанного способа арефлюксной холедоходуоденостомии позволяет добиться адекватной хирургической коррекции желчеоттока при механической желтухе, избежать летальности и тяжелых осложнений раннего послеоперационного периода.

Выводы

1. Минилапаротомия холецистэктомии и арефлюксный холедоходуоденоанастомоз предложенным способом способствует более быстрой ликвидации болевого синдрома, раньше нормализуются показатели билирубина, АлАТ и АсАТ, значительно сокращаются сроки заживления послеоперационных ран.

2. Предложенный способ холецистэктомии при большом кармане Гартмана, сращенном с желчными путями, позволяет снизить такие осложнения, как кровотечение, желчеистечение, исключает повреждение общего желчного протока.

3. Формирование арефлюксного холедоходуоденоанастомоза обеспечивает надежную герметизацию, адекватную хирургическую коррекцию желчеоттока, предотвращает развитие рефлюкс-холангита.



ЛИТЕРАТУРА

1. Котельникова Л.П., Черкасов В.А., Палатова Л.Ф. Сроки возникновения рубцовых стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастомозов. *Анналы хирургической гепатологии*. 2003. № 2. С. 97.
2. Ханевич М.Д., Зубрицкий В.Ф., Грабовый А.М. Лечение механической желтухи неопухолового генеза. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. 2003. № 1. С. 31–34.
3. Meylaerts S.A., van Gulik T.M., Rauws E.A., Gouma D.J. Obstructive jaundice after surgery of the biliary tract, a benign stricture or not? *Ned. Tydscht Geneesk.* 2004. № 23. P. 1157–1161.
4. Акилов Х.А., Акбаров М.М., Музаффаров Ф.У., Нишанов М.Ш. Хирургическое лечение рефлюкс-холангита и стриктур билиодигестивных анастомозов после реконструктивных вмешательств на желчных протоках. *Анналы хирургической гепатологии*. 2005. № 2. С. 47.
5. Аулев К.М. Экспериментальное и клиническое обоснование применения арефлюксных билиодигестивных анастомозов в лечении механической желтухи: Дис. ... д-ра мед. наук. Томск. 2005. 322 с.
6. Гибадуллин Н.В., Телицкий С.Ю., Гибадулина И.О., Новокрещенных А.С. Арефлюксная холедоходуоденостомия в хирургии острого холангита. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. 2008. Т. 167. № 5. С. 40–42.
7. Красильников Д.М., Фаррахов А.З., Хайруллин И.И., Маврин М.И. Ранние послеоперационные осложнения у больных калькулезным холециститом и холедохолитиазом. Казань: Медицина, 2008. С. 176.
8. Пострелов Н.А., Гранстрем К.О., Дрогомирецкая Е.И. и др. Клинические формы холангиогенной инфекции в хирургической практике. *Вестн. хир.* 2002. № 1. С. 45–47.