



УДК 616.367 - 089

И.В. Дудакова¹, А.А. Сысолятин¹, В.Г. Смолин², В.Ф. Кулеша¹

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, У БОЛЬНЫХ С КРАЙНЕ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

*Амурская государственная медицинская академия¹,
675000, ул. Горького, 95, тел.: 8-(4116)-52-68-28, e-mail: agma@amur.ru;
Городская клиническая больница², г. Благовещенск*

Летальность при экстренных операциях по поводу острого калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом, у больных с высокой степенью операционного риска достигает 30-50%, что заставляет прибегать к ним только в крайних случаях [1, 2, 5, 9].

В последние годы при остром калькулезном холецистите, осложненном холедохолитиазом, у больных с высокой степенью операционного риска большинство хирургов применяют эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) в сочетании с лапароскопической холецистэктомией [3, 8, 10]. В то же время окончательно не решен вопрос относительно оптимальной тактики лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, и крайне высокой степенью операционного риска. Ряд авторов [12] отмечали, что применение ЭПСТ в сочетании с лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) у больных старше 80 лет с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, не сопровождалось достоверно более высокой частотой осложнений и летальных исходов по сравнению с больными моложе 80 лет. Другие авторы [4] рекомендуют у больных с крайне высокой степенью операционного риска в качестве окончательного лечения применять ультразвуковое дренирование желчного пузыря с последующим устранением холедохолитиаза с помощью ЭПСТ. В то же время известно, что около 10% больных, перенесших дренирование желчного пузыря по поводу острого холецистита, поступают в хирургические стационары вновь с обострением хронического процесса [7]. В связи с этим, ряд авторов рекомендуют выполнять у больных с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, и крайне высокой степенью операционного риска лапароскопическую холецистостомию или «открытую» холецистостомию с удалением конкрементов из желчного

пузыря и устранением холедохолитиаза с помощью ЭПСТ [6, 11].

Материалы и методы

Исследование основано на анализе результатов оперативного лечения 88 больных с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, и крайне высокой (V) степенью операционно-анестезиологического риска по классификации, принятой Московским научным обществом анестезиологов и реаниматологов (МНОАР) в 1989 г.

В контрольную группу вошли 43 больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, и крайне высокой степенью операционно-анестезиологического риска, оперированных с 1998 по 2003 г. В данный период основным методом оперативного лечения этих больных была ЭПСТ в сочетании с ЛХЭ (12 пациентов) и ЭПСТ в сочетании с «открытой» холецистэктомией (20 пациентов).

В основную группу вошли 45 больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, и крайне высокой степенью операционно-анестезиологического риска, оперированных с 2004 по 2009 г. В данный период времени методом выбора была ЭПСТ в сочетании с лапароскопической или «открытой» холецистостомией с удалением конкрементов из желчного пузыря (28 пациентов). При «отключенном» желчном пузыре дополнительно выполнялась химическая муколизия раствором иодопирона.

Результаты и обсуждение

Характер оперативного лечения больных контрольной и основной групп представлен в табл. 1. Как видно из этой таблицы, в контрольной группе двухэтапное эндо-

хирургическое лечение (ЭПСТ + ЛХЭ) острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, было выполнено у 12 (27,9%) из 43 больных. Еще в 20 (46,5%) случаях ЭПСТ сочеталась с «открытой» холецистэктомией. ЛХЭ у этих больных не удалось выполнить в связи с невозможностью или неудачными попытками проведения малоинвазивного вмешательства. При неэффективных попытках устранения холедохолитиаза с помощью ЭПСТ выполнялась «открытая» холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией (8 пациентов). В единичных случаях выполнялась ЭПСТ в сочетании с лапароскопической или «открытой» холецистостомией. Последняя операция выполнялась эпизодически, при невозможности выполнения холецистэктомии вследствие выраженного инфильтрата в области шейки желчного пузыря.

В основной группе операциями выбора были лапароскопическая (17 случаев) или «открытая» (11 случаев) холецистостомия в сочетании ЭПСТ. Эти операции были выполнены у 28 (62,2%) из 45 больных. Двухэтапное эндоскопическое лечение (ЭПСТ + ЛХЭ) острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, было выполнено у 9 (20,0%) больных. Еще в 5 (11,1%) случаях ЭПСТ сочеталась с «открытой» холецистэктомией. При неэффективных попытках устранения холедохолитиаза с помощью ЭПСТ выполнялась «открытая» холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией (3 пациента, или 6,7%).

Лечение острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, у больных контрольной группы в большинстве случаев сопровождалось тяжелыми гнойно-септическими осложнениями и осложнениями со стороны сердечно-сосудистой систем, которые привели к летальным исходам у 12 (27,9%) из 43 больных (табл. 2). Наиболее часто летальные исходы наблюдались после «открытой» холецистэктомии в сочетании с холедохо-

Таблица 1

Характер операций при остром калькулезном холецистите, осложненном холедохолитиазом, у больных с крайне высокой степенью операционно-анестезиологического риска

Характер оперативных вмешательств	Контроль (n=43)	Основная (n=45)	Всего (n=88)
ЛХЭ+ЭПСТ	12	9	21
ХС+ЭПСТ	3	28	31
ЭПСТ+«открытая» ХЭ	20	5	25
«Открытая» ХЭ+ХЛТ	8	3	11

Примечание. ЛХЭ — лапароскопическая холецистэктомия, ЭПСТ — эндоскопическая папиллосфинктеротомия, ХС — холецистостомия, ХЭ — холецистэктомия, ХЛТ — холедохолитотомия.

Таблица 2

Летальность в контрольной группе с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, и крайне высокой степенью операционно-анестезиологического риска

Характер операций	Кол-во больных	Летальные исходы (абс., %)
ЭПСТ+ЛХЭ	12	3
ЭПСТ+ХС с удалением конкрементов	3	1
ЭПСТ+«открытая» холецистэктомия	20	3
«Открытая» холецистэктомия+ХЛТ	8	5
Всего	43	12 (27,9)

Резюме

Анализируется опыт оперативного лечения 88 больных с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, и крайне высокой степенью операционно-анестезиологического риска по шкале МНОАР (1989) за период с 1998 по 2009 г. С 1998 по 2003 г. наиболее часто применялось сочетание эндоскопической папиллосфинктеротомии и лапароскопической или «открытой» холецистэктомии. Широкое применение с 2004 г. лапароскопической и «открытой» холецистостомии с удалением конкрементов в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией позволило уменьшить летальность с 27,9 до 11,1% случаев.

Ключевые слова: острый холецистит, холедохолитиаз, лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопическая холецистостомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

I.Y. Dudakova, A.A. Sisolyatin, V.G. Smolin, V.F. Kulesha

ADVANCES IN SURGERY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS, ASSOCIATED WITH BILE DUCT STONES, IN PATIENTS WITH A VERY HIGH RISK

Amur state medical academy;
City Hospital, Blagoveshchensk

Summary

For a 12-year period (1998-2009), 88 patients with extremely high operation risk were submitted to endoscopic, laparoscopic and «open» operations for acute cholecystitis, associated with bile duct stones. From 1998 to 2003 endoscopic sphincterotomy with laparoscopic and «open» cholecystectomy were the main procedures. Since 2004, when laparoscopic and «open» cholecystostomy with stones removal and endoscopic sphincterotomy with common bile duct exploration have become the main procedures, mortality rate decreased from 27,0 to 11,1%.

Key words: acute cholecystitis, bile duct stones, laparoscopic cholecystectomy, laparoscopic cholecystostomy, endoscopic sphincterotomy.

литотомией. В основной группе больных летальные исходы наблюдались в 5 (11,1%) из 45 наблюдений (табл. 3). Таким образом, расширение показаний к проведению лапароскопической и «открытой» холецистостомии с удалением конкрементов из желчного пузыря в сочетании с ЭПСТ с удалением конкрементов из гепатикохоледоха у больных с крайне высокой степенью операционно-анестезиологического риска, страдающих острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, позволило статистически достоверно ($p < 0,05$) уменьшить послеоперационную летальность с 29,7 до 11,1% (табл. 4).

При изучении отдаленных результатов в сроки от 1 до 5 лет после проведения холецистостомии в клинику поступил только 1 пациент с рецидивом холецистолитиаза и приступом острого холецистита.

Выводы

1. При остром холецистите, осложненном холедохолитиазом, у больных с крайне высокой степенью операционно-анестезиологического риска оптимальным является

Таблица 3

Летальность в основной группе с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, и крайне высокой степенью операционно-анестезиологического риска

Характер операций	Кол-во больных	Летальные исходы (абс., %)
ЭПСТ+ЛХЭ	9	1
ЭПСТ+ХС с удалением конкрементов	28	1
ЭПСТ+«открытая» холецистэктомия	5	1
«Открытая» холецистэктомия+ХЛТ	3	2
Всего	45	5 (11,1)

последовательное применение лапароскопической холецистостомии с удалением конкрементов из желчного пузыря и эндоскопической папиллосфинктеротомии с удалением конкрементов из гепатикохоледоха.

2. При «отключенном» желчном пузыре удаление конкрементов должно дополняться химической муколизацией с целью склерозирования просвета.

3. Изменение тактики лечения в сторону расширения показаний к применению холецистостомии и эндоскопической папиллосфинктеротомии при остром калькулезном холецистите, осложненном холедохолитиазом, у больных с крайне высокой степенью операционно-анестезиологического риска позволил уменьшить послеоперационную летальность в 2,5 раза.

Л и т е р а т у р а

1. Алиев С.А. Особенности клиники и тактики хирургического лечения острого холецистита у больных старческого возраста // Хирургия. - 1998. - №4. - С. 25-29.

2. Ахтамов Д.А. Причины летальности при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста и пути ее снижения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Самарканд, 1995. - 39 с.

3. Бухарин А.Н., Тимошин А.Д., Шестаков А.Л. и др. Малоинвазивные хирургические вмешательства при остром калькулезном холецистите у лиц пожилого и старческого возраста: сб. тез. XII Московского междунар. конгресса по эндоскопической хирургии (23-25 апреля 2008 г., Москва). - М., 2008. - С. 90-92.

4. Гарелик П.В., Мармыш Г.Г., Довнар И.С. и др. Хирургические аспекты лечения больных острым холециститом с высоким операционным риском: сб. тез. XII Московского междунар. конгресса по эндоскопической хирургии (23-25 апреля 2008 г., Москва). - М., 2008. - С. 122-123.

5. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия. - 2001. - № 9. - С. 30-31.

Таблица 4

Показатели летальности у больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, и крайне высокой степенью операционного риска

Группа больных	Сроки наблюдения (годы)	Летальные исходы (абс., %)
Контрольная (n=43)	1998-2003	12 (27,9)
Основная (n=45)	2004-2009	5 (11,1)*

Примечание. * — достоверные различия показателей основной и контрольной групп ($p < 0,05$).

6. Карабанович В.Д., Ермолов А.С., Гуляев А.А. и др. Применение холецистостомии в лечении острого холецистита // Хирургия. - 2009. - №3. - С. 55-58.

7. Королев Б.А., Пиковский Б.А. Экстренная хирургия желчных путей. - М.: Медицина, 1990. - 240 с.

8. Майстренко Н.А., Довганюк В.С., Феклюнин А.А. Выбор рациональной хирургической тактики при желчнокаменной болезни и ее осложнениях у больных пожилого и старческого возраста: науч. труды XII Всерос. съезда эндоскопических хирургов (18-20 февраля 2009 г., Москва) // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - С. 30.

9. Прикупец В.Л. Острый осложненный холецистит у больных пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1988. - 59 с.

10. Ташкинов Н.В., Николаев Е.В., Бояринцев Н.И. Пути оптимизации лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, у пациентов пожилого и старческого возраста // Дальнев. мед. журнал. - 2009. - №1. - С. 44-46.

11. Тотиков В.З., Слепушкин В.Д., Кибизова А.Э. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. - 2005. - № 6. - С. 20-23.

12. Costi R., DiMauro D., Mazzoo A. et al. Routine laparoscopic cholecystectomy after endoscopic sphincterotomy for choledocholithiasis in octogenarians: is it worth the risk? // Surgical Endoscopy. - 2007. - Vol. 21, №1. - P. 41-17.

Координаты для связи с авторами: Дудакова Ирина Владимировна — ассистент кафедры факультетской хирургии АГМА, хирург 1-й категории, тел.: 8-(4162)-52-84-88, e-mail: coffewoman@vandex.ru; Сысолятин Арнольд Антонович — канд. мед. наук, зав. кафедрой факультетской хирургии АГМА, доцент, хирург высшей категории, тел.: 8-(4162)-52-84-88; Смолин Вячеслав Геннадьевич — канд. мед. наук, врач-эндоскопист высшей категории Городской клинической больницы, тел.: 8-(4162)-51-28-30; Кулеша Василий Филиппович — канд. мед. наук, ассистент кафедры факультетской хирургии АГМА, хирург высшей категории.

