

ОСЛОЖНЁННЫЙ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗ И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

**Т.А.ДЖАРКЕНОВ, А.А.МОВЧУН, В.И.КАРПЕНКОВА, Е.П.ФИСЕНКО,
Т.А.ОППЕЛЬ**

Отделение хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы НЦХ РАМН.
Москва, 119992, Абрикосовский пер. 2

В.И. МАЛЯРЧУК

Кафедра хирургии РУДН. Москва, 119437, ул. Миклухо-Маклая 8

Целью исследования явилось уточнение хирургической тактики при различных формах осложненного холестиолитиаза. В связи с этим проанализирован хирургический подход у 93 больных с осложнённым холецистолитиазом в условиях специализированного отделения. Суммированы различные патологические изменения, позволяющие сформулировать понятие «осложненного холецистолитиаза». Диагностика включала в себя комплекс лабораторных тестов, УЗИ. По показаниям выполнялась ЭРХПГ, ЭГДС. Анализ полученных результатов свидетельствует, что даже при тщательном отборе холецистэктомия с применением эндохирургической техники у данной категории больных выполняма лишь в 45,2% наблюдений. Остальные пациенты имеют показания к традиционным операциям.

Основной причиной конверсии при эндовидеохирургических вмешательствах у больных с осложнённым холецистолитиазом являлся плотный околопузырный инфильтрат, который, как правило, встречался у больных с холецистодигестивными свищами и эмпиемой желчного пузыря. Обоснована целесообразность применения ультразвукового исследования для прогнозирования технических трудностей предстоящей операции и отбора пациентов на лапароскопическую холецистэктомию.

Ключевые слова: холецистолитиаз, осложнения, хирургическое лечение, результаты.

В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) считается операцией выбора у больных с неосложнённым хроническим калькулёзным холециститом. Преимущества ЛХЭ по сравнению с традиционной холецистэктомией (ТХЭ) в лечении неосложнённого холецистолитиаза приводятся многими авторами и неоспоримы [1, 5, 7]. Однако возможности эндохирургических вмешательств при осложнённом холецистолитиазе до сегодняшнего дня во многом являются дискуссионными. Во-первых, окончательно не решён вопрос «что такое осложнённый холецистолитиаз?» и, во-вторых, какая лечебная тактика имеет преимущества (ЛХЭ или ТХЭ). Многочисленные литературные данные, посвящённые ЛХЭ, свидетельствуют, что при оценке её результатов не анализируются пациенты, имеющие осложнения со стороны желчного пузыря и их характер (водянка, эмпиема, внутренние желчные свищи, околопузырные инфильтраты и абсцессы) [2-4, 6, 8]. Вместе с тем, не вызывает сомнений, что у данной категории больных возрастает сложность лапароскопических оперативных вмешательств, частота осложнений и конверсий. В связи с ростом частоты осложнённых форм холецистолитиаза и широким внедрением в клиническую практику эндохирургических методов лечения необходимо детальное изучение хирургической тактики у данной категории больных с учётом характера осложнений, местных и общих противопоказаний к ЛХЭ.

Цель исследования.

1) Определение понятия «осложнённый» холецистолитиаз; 2) уточнение хирургической тактики при разных формах осложнённого холецистолитиаза и 3) разработка практических рекомендаций о показаниях к ЛХЭ и ТХЭ при осложнённом холецистолитиазе.

Материал и методы.

В период с января 1992 по декабрь 2001 гг. оперированы 379 больных осложнёнными формами желчнокаменной болезни, у 93 (24,5%) из них имел место осложнённый холецистолитиаз. Мужчин было 35 (37,6%) и женщин - 58 (62,4%) в возрасте от 27 до 77 лет (средний возраст 54,8±12,3 лет). 39 (41,9%) пациентов были в возрасте 60 лет и старше. 60 (64,5%) больных страдали серьёзными сопутствующими заболеваниями жизненно важных органов (ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь II-III стадии, выраженные формы хронической пневмонии с явлениями дыхательной недостаточности, сахарный диабет), а также перенесли оперативные вмешательства на органах верхнего этажа брюшной полости, которые значительно усугубили

губляли тяжесть основной патологии, повышали риск оперативного вмешательства и в значительной степени влияли на хирургическую тактику.

В понятие осложнённый холециститиаз мы включаем различные патологические изменения, ограничивающиеся, либо полостью пузыря (эмпиема, водянка), либо околопузырным пространством (перивезикальные инфильтраты и абсцессы, холецистодигестивные свищи). Хирургическая тактика при выделенных формах осложнённого холециститиаса различная и зависит как от характера осложнений, так и от многих местных и общих изменений в организме больного. В данной работе мы рассматриваем лишь осложнения поражений желчного пузыря, которые были следующими: водянка – у 25 (26,9%) больных, эмпиема – у 57 (61,3%), в 3 наблюдениях с перивезикальным абсцессом, спонтанные внутренние билиобилиарные и билиодигестивные свищи – у 10 (10,7%) (холецистохоледохеальный свищ – 3, холецистодуоденальный – 4, холецистогастральный – 2, холецистотрансверзальный – 1), наружный желчно-гнойный свищ – у 1 (1,1%). Желтуха наблюдалась у 3 (3,2%) пациентов. У одного из них, с холецистохоледохеальным свищом и конкрементом, пролабирующим из желчного пузыря в гепатикохоледох и перекрывающим его просвет, максимальный уровень общего билирубина достигал 164,0 мкмоль/л. У двух других гипербилирубинемия была незначительной и носила интоксикационный характер.

Диагностика поражений желчного пузыря и околопузырного пространства включала комплекс основных общеклинических и биохимических лабораторных тестов, ультразвуковое исследование (УЗИ) с оценкой состояния желчного пузыря и его стенок (двойной контур), околопузырного пространства (наличие абсцесса, инфильтрата), гепатикохоледох, печени и поджелудочной железы. По показаниям проводили специальные исследования билиарной системы: сочетанную холецистохолангиографию и эндоскопическую ретроградную панкреатикохолангиографию (ЭРПХГ). Всем больным выполняли эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) для исключения патологических изменений в желудке и двенадцатиперстной кишке.

Результаты и обсуждение.

При осложнённом холециститиазе характер оперативного вмешательства определялся видом осложнения, местными и общими противопоказаниями к ЛХЭ. По нашим данным последние были обусловлены: 1) данными дооперационного исследования (УЗИ и рентгенологического) о наличии холецистодигестивных или холецистохоледохеальных свищей, перивезикальных инфильтратов и абсцессов, распространением воспалительного процесса на печёчно-двенадцатиперстную связку и др.; 2) ранее перенесенными операциями (резекция желудка, грыжесечение и пр.) на верхнем этаже брюшной полости и 3) сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, при которых нежелательно или опасно наложение пневмоперитонеума.

С учётом сказанного выше ЛХЭ была предпринята у 56 (60,2%) из 93 оперированных больных, и успешной она оказалась в 42 (45,2%) наблюдениях. Следовательно, по нашим данным, даже при тщательном отборе холецистэктомия с применением эндохирurgical технологии была выполнима лишь у 45,2% пациентов с осложнённым холециститиазом. Это оказалось возможным при водянке (у 17) и эмпиеме (у 24) желчного пузыря и при сравнительно не широком (до 1,3 см), но коротком холецистохоледохеальном свище, перекрытом с помощью двух клипс.

В 14 случаях осложнённого холециститиаса при ЛХЭ возникали технические трудности, когда дальнейшие манипуляции могли привести к ятрогенным повреждениям внепечёчных желчных протоков и другим осложнениям. Конверсию в ходе ЛХЭ мы не рассматриваем как неудачу эндохирурга, а напротив как стремление избежать возможных осложнений.

В основном причиной перехода на ТХЭ явился плотный перивезикальный инфильтрат, затрудняющий дифференцировку элементов шейки пузыря и печёчно-

двенадцатиперстной связки. Клинико-морфологические изменения в желчном пузыре, при которых происходили конверсии, представлены в табл.1.

Таблица 1

Причины конверсии в ходе ЛХЭ при изолированном осложнённом холецистолитиазе (n=14)

Причины	Клинико-морфологические изменения	Количество	
		абс.	%
Выраженные рубцово-инфильтративные изменения в области шейки желчного пузыря и печёочно-двенадцатиперстной связки	Эмпиема желчного пузыря	10	1,5
	Холецистодигестивный свищ	3	21,4
Холецистохоледохеальный свищ	-	1	7,1
Всего:		14	100

При эндовидеохирургических вмешательствах плотный перивезикальный инфильтрат, послуживший причиной конверсии, наблюдался во всех случаях холецистодигестивных свищей и часто ($p < 0,05$) при эмпиеме желчного пузыря (у 10 из 34), а при водянке желчного пузыря мы не отметили выраженных рубцово-инфильтративных изменений, и во всех случаях операции были успешно завершены эндоскопически. Наличие холецистодигестивных свищей мы рассматриваем как противопоказание к ЛХЭ в связи с возможными техническими сложностями операции.

Диагностические и тактические ошибки, совершенные в предоперационном периоде, технические – допущенные во время операции, как считают многие эндохирурги, либо удлиняют операцию, либо требуют конверсии. Однако нередко они могут приводить к развитию тяжёлых осложнений, как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Так, у одной нашей больной в ходе ЛХЭ был диагностирован и с техническими трудностями разобшён широкий (более 1,5 см) холецистохоледохеальный свищ. В раннем послеоперационном периоде развилась механическая желтуха. При УЗИ выявлены признаки желчной гипертензии и сужение гепатикохоледоха в месте наложения клипс на пузырный проток. При повторной лапаротомической операции, проведенной на 7 сутки после ЛХЭ, выявлено краевое наложение клипс на общий желчный проток в области впадения пузырного, что привело к его сужению. Выполнена широкая прецизионная гепатикоеюностомия с межкишечным анастомозом, что привело к выздоровлению. Ретроспективно можно заключить, что при широких и коротких холецистохоледохеальных свищах применение ЛХЭ может быть опасным из-за возможности повреждения гепатикохоледоха.

Правильный отбор больных для проведения различных способов холецистэктомии позволяет свести к минимуму число интра- и послеоперационных осложнений. В своей работе мы оценили возможности ультрасонографии для прогнозирования технических трудностей во время предстоящей холецистэктомии. По данным УЗИ судили о состоянии гепатобилиарной системы и возможности выполнения ЛХЭ. Так, наличие УЗ-признаков перивезикального инфильтрата и спаечного процесса (зона повышенной эхогенности вокруг желчного пузыря, нечёткое контурирование шейки) относили к факторам риска ЛХЭ. Ретроспективный анализ данных УЗИ и результатов ЛХЭ выявил статистически достоверные различия ($p < 0,05$) названных ультрасонографических показателей в группах успешных ЛХЭ и конверсионных. УЗ-признаки факторов риска в группе пациентов с успешной ЛХЭ имели место лишь у 2 из 42 (4,8%), а в группе конверсионных ХЭ – у 4 из 14 (28,6%).

Следовательно, в каждом конкретном случае вопрос о проведении ЛХЭ решался хирургом индивидуально с учётом всех данных предоперационного исследования, а в ряде случаев (при отсутствии объективных данных для отказа от ЛХЭ) допускалась возможность пробной эндохирургической диссекции, которая при обнаружении значительных технических трудностей завершалась конверсионной лапаротомией с коррекцией выявленных осложнений со стороны желчного пузыря.

Таблица 2

**Показания к традиционным вмешательствам у больных с осложнённым
холецистолитиазом (n=51)**

Показания	Количество	
	абс.	%
1. Показания к лапаротомии:	7	13,7
1.1 Подозрение на злокачественное поражение желчного пузыря, внепечёночных желчных протоков и поджелудочной железы	6	
1.2 Лейомиома желудка	1	
2. Противопоказания к ЛХЭ:	44	86,3
2.1. Общие (выраженная легочно-сердечная недостаточность)	7	
2.2. Местные		
2.2.1. До операции:		
наружный желчный свищ,	1	
паравезикальный инфильтрат,	20	
операции на органах верхнего этажа брюшной полости в анамнезе,	2	
2.2.2. Во время лапароскопии и вмешательства:		
выраженные рубцово-инфильтративные изменения в области шейки желчного пузыря и печёчно-двенадцатиперстной связки,	13	
холецистохоледохоальный свищ.	1	
Всего	51	100

ТХЭ выполнена 51 из 93 (54,8%) пациентов с изолированным осложнённым холецистолитиазом, у 37 (39,8%) из них сразу были установлены показания к лапаротомии (табл. 2). Определяющими факторами являлись клинические проявления и использование прогностического значения УЗИ с целью оценки сложности предстоящей ЛХЭ.

У 7 пациентов имелись аргументированные подозрения (по данным УЗИ, ЭГДС и компьютерной томографии) на злокачественное поражение органов панкреатобилиарной зоны (6) и сопутствующее заболевание желудка (1), которые явились показанием к широкой лапаротомии. В остальных наблюдениях имели место как дооперационные противопоказания к ЛХЭ (общего и местного характера), так и возникшие непосредственно во время лапароскопического вмешательства, повышающие риск последнего.

Всем пациентам выполнена ТХЭ с ликвидацией холецистодигестивных свищей и другими симультанными операциями, которая в 2 случаях сочеталась с дренированием ОЖП через культю пузырного протока и в 1 – дренированием Т-образным дренажом (табл. 3). При внутренних желчных свищах производилось их разобщение и прецизионное ушивание отверстия в кишке, а в 2 наблюдениях при умеренном расширении ОЖП более 12 мм операция завершена наложением холедоходуоденоанастомоза (ХДА). У пациентки, поступившей через 5 месяцев после холецистостомии по поводу острого калькулёзного холецистита в другом лечебном учреждении, ТХЭ сопровождалась иссе-

чением свища. Симультанные операции: резекция желудка и герниопластика произведены 3 больным.

Таблица 3

Характеристика оперативных вмешательств при традиционном хирургическом лечении больных осложнённым холецистолитиазом (n=51)

Характер вмешательств	Количество	
	абс.	%
ТХЭ	42	82,4
ТХЭ, ХДА	2	3,9
ТХЭ с разобщением холецистодигестивных свищей	7*	13,7
Всего	51	100

Примечание: * - у 4 больных разобщение холецистодуоденальных, у 2 – холецистогастральных и у 1 – холецистотрансверзального свищей.

Послеоперационные осложнения отмечены у 4 больных (табл. 4).

Хотя статистически достоверных различий в частоте послеоперационных осложнений не отмечено, однако одно из них при ЛХЭ у пациентки с холецистохоледохеальным свищем (см. выше) было серьёзным и потребовало для коррекции повторного оперативного вмешательства. Этот факт свидетельствует о важности установления показаний и, главное, противопоказаний к ЛХЭ. Нагноение лапаротомных ран у 3 больных при проведении традиционного вмешательства не требовали специального лечения, но несколько удлиняли послеоперационный период заживления (в среднем 2-3 недели).

Сравнительный анализ основных показателей непосредственных результатов лечения больных с осложнённым холецистолитиазом в зависимости от хирургической тактики показал, что при использовании лапароскопического метода лечения почти в 2 раза снижается ($p<0,001$) средняя длительность пребывания в стационаре за счёт сокращения пред- и послеоперационного периодов ($p<0,001$). Однако следует принять во внимание, что традиционным хирургическим вмешательствам подвергались пациенты, имевшие более выраженные патологические изменения со стороны желчного пузыря.

Таблица 4

Непосредственные результаты лечения больных, осложнённым холецистолитиазом в зависимости от хирургической тактики

Показатель	Хирургическая тактика	
	ЛХЭ (n=42)	ТХЭ (n=51)
Средняя длительность пребывания в стационаре, дни	11,1 $\pm$ 3,8*	19,9 $\pm$ 7,6
Средний предоперационный койко-день (до ХЭ)	4,0 $\pm$ 2,5*	7,0 $\pm$ 4,6
Средний послеоперационный койко-день (после ХЭ)	7,0 $\pm$ 2,5*	12,9 $\pm$ 7,2
Послеоперационные осложнения	1 (2,4%)	3 (5,9%)
Стриктура общего печёчного протока	1	-
Нагноение операционной раны	-	3

Примечание: *статистическая значимость различий с результатами традиционной тактики $p<0,001$;

Выводы.

1. В понятие осложнённый холецистолитиаз следует включать различные патологические изменения, ограничивающиеся либо полостью пузыря (эмпиема, водянка), либо околопузырным пространством (перивезикальные инфильтраты и абсцессы, холецистодигестивные свищи).

2. Согласно нашим данным, на основании клинико-инструментальных исследований и результатов интраоперационной ревизии успешная лапароскопическая холецистэктомия возможна лишь у 45,2% больных с осложнённым холецистолитиазом.

3. По результатам наших исследований определяющим фактором в прогнозировании возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии являются данные ультразвукового исследования.

4. Выявление или лишь подозрение на наличие холецистодигестивных и холецистохоледохеальных свищей является показанием к отказу от лапароскопической холецистэктомии и обосновывает показания к традиционному вмешательству.

Литература

1. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия: практическое руководство. М.: Медицина, 1992.
2. Миронов А.С. Выбор метода лечения холецистолитиаза. Хирургия. 2000, 5.; 7-8.
3. Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., Дяченко В.В. и др. Лапароскопическая холецистэктомия. Анналы хирургической гепатологии. 1998, 3, (3); 16-19.
4. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А. и др. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. Вестн. хир. 2001.; 160, (4.); 78-83.
5. Fragee R., Roberts J.W., Symmonds P. et al. What are the contraindications for laparoscopic cholecystectomy? Amer. J. Surg. 1992; 164(11): 491-495.
6. Kurauchi N., Kamii N., Kazui K. et al. Laparoscopic cholecystectomy: a report on the community hospital experience in Hokkaido. Surg. Today 1998; 28(7): 714-718.
7. Soper N.S., Stockmann P.T., Dunnegan D.L. et al. Laparoscopic cholecystectomy. The new gold standart. Arch. Surg. 1992; 127: 917-921.
8. Z'graggen K., Wehrli H., Metzger A. et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy in Switzerland. A prospective 3-year study of 10174 patients. Surg. Endosc. 1998 Nov; 12(11): 1303-1310.

COMPLICATED CHOLECISTOLITHIASIS – SURGICAL TREATMENT

**T.A. DGARKEROV, A.A. MOVCHYN, V.I. KARPENKOVA, E.P. FISENKO,
T.A. OPPEL**

Department of the liver, bile ducts and pancreatic surgery. National Research Center of Surgery. Moscow, 119992, Abricosovsky, 2.

V.I. MALYARTCHUK

Department of surgery, Russian Peoples Friendship University, Moscow, 117437, Miklucho-Maklaya str. 8

The aim of the study was specificaited of surgical tactics in different forms complicaited cholecistolithiasis. We analysed 93 patient with complicated cholecistolithiasis in specialize department. The diagnostic was baised of laboratory tests and ultrasonography. RCPG and gastroscopy we performed if it was needed. The date of this study was evidenced that laparoscopic cholecistectomy in this patients was feasible in 45,2 %, the others patients we performed standart cholecistectomy.

The main cause renunciation of laparoscopic treatment was paragallbladder infiltration. This complication associated with cholecistodigestial fistula and empiema of gallbladder.

In conclusion- ultrasonography is a main method of diagnosis complicated cholecistolithiasis.

Key words: cholecistolithiasis, complications, surgical treatment, results.