

Никитин Н.А., Коршунова Т.П., Касаткин Е.Н.,
Онучин М.А

РЕЛАПАРОТОМИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Последние десятилетия характеризуются неуклонным ростом заболеваемости калькулезным холециститом, преобладанием его деструктивных форм. По данным литературы, частота осложнений острого калькулезного холецистита возросла до 35%, что привело к увеличению количества urgentных оперативных вмешательств. Несомненно, повышение хирургической активности в условиях минимального обследования и подготовки больных неизбежно ведет к возникновению послеоперационных осложнений, которые зачастую требуют в раннем послеоперационном периоде повторных хирургических вмешательств. В настоящее время, по данным различных авторов, число релапаротомий после операций на желчных путях возросло до 10% с летальностью, близкой к 40%. В связи с тем, что более половины больных острым калькулезным холециститом составляют лица пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией, данная проблема наиболее актуальна для геронтологической хирургии и гериатрии в целом.

Цель исследования: изучить наиболее частые причины релапаротомий в urgentной хирургии острого холецистита для профилактики их возникновения и, как следствие, для снижения числа повторных вмешательств в раннем послеоперационном периоде и улучшения результатов лечения больных холелитиазом.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 1302 больных острым холециститом, оперированных по неотложным показаниям в хирургических отделениях Северной городской клинической больницы за период с 2001 по 2005 годы.

В раннем послеоперационном периоде у 35 (2,7%) больных выполнены от одной до трех релапаротомий: у 25 (71,4%) женщин и 10 (28,6%) мужчин

в возрасте от 24 до 85 лет. Средний возраст составил 64 года.

Из 35 наблюдений в 24 (68,6%) случаях имелся «желчнокаменный» анамнез: в 18 (75%) случаях – длительностью менее 10 лет и в 6 (25%) – более 10 лет. У 11 пациентов (31,4%) заболевание впервые проявилось приступом острого холецистита.

При расспросе и клиническом обследовании у 31 (88,6%) больного выявлена сопутствующая соматическая патология (артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, хронические заболевания легких), причем у 15 (42,9%) пациентов имелась комбинация сопутствующих заболеваний в различных вариантах.

Для оценки клинико-морфологического варианта острого холецистита применялась классификация В.С. Савельева (1986). В 27 (77,1%) случаях диагностированы осложнения острого калькулезного холецистита: в 11 – околопузырный инфильтрат, в 8 – механическая желтуха, в 5 – околопузырный абсцесс, в 3 – холангит.

Больным проводилось традиционное клинико-лабораторное и инструментальное обследование с обязательным определением маркеров биохимических печеночных сывороточных синдромов, активности альфа-амилазы в сыворотке крови и в моче, ультразвуковое исследование гепатопанкреатодуоденальной зоны. При выполнении УЗИ у 7 (19,44%) пациентов визуализированы конкременты в холедохе.

Всем больным до операции проводилась стандартная консервативная терапия, направленная на купирование болевого приступа, уменьшение явлений воспаления, интоксикации и механической желтухи. В зависимости от эффективности консервативного лечения сроки от момента госпитализации до оперативного вмешательства колебались в пределах от 5 до 87 часов. Средняя продолжительность периода от госпитализации до оперативного лечения составила 34 часа.

Объем первичного оперативного вмешательства определялся характером патологии, выраженностью воспалительного процесса, тяжестью общего состояния больного и сопутствующей патологией, а также результатами интраоперационной холангиографии. Из 35 пациентов у 17 (48,6%) холецистэктомия и дренирование брюшной полости были дополнены наружным билиарным дренированием по Холстеду или

Керу, у 10 (28,6%) – холедоходуоденоанастомозом, у 8 (22,8%) – холедохотомией с глухим швом холедоха.

Полученные результаты. В группе выбранных больных после операции потребовалась, помимо релапаротомии-I, в 8 случаях – релапоротомия-II и в 1 – релапоротомия-III. Показаниями к повторным операциям явились: желчный перитонит – у 22 (62,9%) пациентов, гнойные осложнения – у 6, неустраненные причины билиарной гипертензии – у 4, кровотечение в брюшную полость – у 2, послеоперационный панкреонекроз – у 1 пациента.

Наиболее частым показанием к релапаротомии-I был желчный перитонит. Среди причин, приводящих к излитию желчи в брюшную полость ведущую роль играла несостоятельность холедоходуоденоанастомоза – в 6 случаях, несостоятельность швов холедоха – в 5, ятрогенное повреждение холедоха – в 5, несостоятельность культи пузырного протока – в 3, желчеистечение из ложа желчного пузыря – в 3 случаях.

Релапаротомии-II чаще выполнялись по поводу гнойных осложнений (подпеченочного и поддиафрагмального абсцессов, абсцессов печени) – у 3 больных, а также желчного перитонита в результате недостаточности холедоходуоденоанастомоза – у 1 и несостоятельности культи пузырного протока – у 1 больного. В 1 наблюдении показанием к релапаротомии-II стал наружный желчный свищ.

Необходимость релапаротомии-III была вызвана прогрессированием гнойных осложнений (поддиафрагмального абсцесса, множественных абсцессов печени).

Летальность после релапаротомий составила 22,9% (8 случаев). В структуре непосредственных причин летальных исходов ведущую роль играли: острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому, либо геморрагическому типу – у 3 больных; острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая печеночно-почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность на фоне декомпенсации сопутствующей патологии, реже – гнойных осложнений или острого послеоперационного панкреонекроза.

Анализ интраоперационных ситуаций первичных и повторных хирургических вмешательств выявил, что основными факторами, приведшими к необходимости выполнения релапаротомий, явились технические трудности, обусловленные анатомо-морфологическими изменениями гепатопанкреатодуоденальной зоны в условиях запущенного, выраженного деструктивного воспаления желчного пузыря и наличия плотного околопузырного инфильтрата – в 19 (54,3%) случаях, гнойные осложнения из-за прогрессирования инфекционного процесса – в 6 случаях, неадекватный объем оперативного вмешательства – в 5 случаях, ятрогении – в 5 случаях.

Выводы. Основной причиной ранних повторных операций на желчных путях явились технические трудности, обусловленные осложнениями острого калькулезного холецистита, приведшие к развитию желчного перитонита.

Для снижения числа релапаротомий необходимы адекватная интраоперационная диагностика, тщательная препаровка тканей гепатодуоденальной связки в условиях воспалительного процесса и оптимальный объем оперативного вмешательства.