

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПОРАЖЕНИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 70 ЛЕТ

Никуленков С.Ю.¹, Щеглов Н.М.²

УДК: 616.366-002-036.11-06:616.367-089.15-053.9

¹Смоленская государственная медицинская академия,

²Брянская Центральная районная больница

Резюме

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 96 больных старше 70 лет с деструктивным холециститом и холедохолитиазом. Предпочтение отдавали этапному лечению с применением на первом этапе эндоскопических и миниинвазивных технологий (ЭПСТ, холецистостомии под контролем УЗИ или лапароскопа). Оперативное вмешательство выполняли вторым этапом. У 14 больных после холецистостомии при сохраняющемся высоком риске холецистэктомии выполнена эндоскопическая облитерация желчного пузыря. От применения методов эндоскопической декомпрессии желчных путей отказались в пользу радикальной операции из мини-доступа у 31 больного при невысокой билирубинемии и отсутствии тяжелой сопутствующей патологии. Разработанная тактика позволила улучшить результаты лечения. Летальность – 5,2%.

Ключевые слова: острый холецистит, холедохолитиаз, желтуха, высокий риск операции, миниинвазивные методы лечения.

SURGICAL STRATEGY AND TACTICS IN ACUTE CHOLECYSTITIS TREATMENT, COMPLICATED BY BILE DUCTS AFFECTION IN PATIENTS OLDER THAN 70 YEARS OLD

Nikulenko S.Yu., Scheglov N.M.

The article features a retrospective treatment analysis of 96 patients over 70 years old with destructive cholecystitis and choledocholithiasis. Stage treatment was preferred, using endoscopic and minimally-invasive technologies in stage 1 (endoscopic papillosphincterotomy EPST, Ultra-Sound- or laparoscope-assisted cholecystotomy). Surgical intervention was stage 2. 14 patients after cholecystostomy with high risk cholecystectomy remaining underwent endoscopic obliteration of cholecyst. Radical surgery through a mini-port was chosen over endoscopic decompression technique in 31 patients with low bilirubin level and absence of severe concomitant pathology. The developed tactics enabled treatment outcome improvement, with mortality rate of 5,2%.

Keywords: acute cholecystitis, choledocholithiasis, jaundice, high risk surgery, minimally-invasive surgical techniques

Прогрессирующий рост острого холецистита и отсутствие тенденции к улучшению результатов лечения при его осложнениях у больных старше 70 лет обуславливают повышенный интерес клиницистов к этой патологии. Отсутствуют единые взгляды на выбор и последовательность применения лучевых и эндоскопических методов, как в диагностике, так и в лечении, в зависимости от характера осложнений острого холецистита и степени операционного риска. В отечественной и зарубежной литературе представлены различные тактические схемы – операции в «остром» или «холодном» периоде холецистита, на высоте механической желтухи или после её купирования [1, 2, 3, 4]. Не определено отношение к операциям на желчных протоках при остром холецистите, а также к завершающему этапу лечения больных с высоким риском после превентивной декомпрессии желчного пузыря [3, 5]. Отдаленные результаты лечения этой категории больных нельзя признать удовлетворительными из-за рецидивов острого холецистита и желчных свищей после холецистостомии.

Всё большее распространение получает точка зрения, согласно которой вопрос о лечении данной патологии не должен решаться однозначно, поскольку каждый из методов имеет определенные преимущества и недостатки. Большинство авторов склоняются к использованию для холецистэктомии мини-доступов и видеолапароскопии. Показания к эндоскопическим и открытым операциям при непроходимости желчных протоков у больных острым холециститом обладают большим сходством, и

выбор способа восстановления оттока желчи в кишечник остается субъективным [1, 3, 4, 6]. Так, эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ) позволяет отказаться от рискованного оперативного вмешательства, однако её выполнение возможно лишь у 80–85% больных, причем в каждом пятом случае камни из протоков удалить не удастся [4, 6]. Применение трансдуоденальной папиллосфинктеропластики и холедоходуоденоанастомоза, несмотря на высокую их эффективность, ограничивается из-за травматичности и технической сложности. Противоречивые мнения хирургов о роли различных способов лечения острого холецистита, осложненного поражениями желчных протоков, особенно у больных старше 70 лет, свидетельствуют о необходимости уточнения показаний к существующим методам лечения и разработке новых, а также о выборе рациональных вариантов хирургической тактики.

Материалы и методы

Работа основана на анализе результатов лечения 96 больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, механической желтухой и холангитом, оперированных в период с 1992 по 2008 гг. Возраст больных 70–92 года, каждый третий из них был старше 80 лет. Соотношение женщин и мужчин составило 2,8 : 1,58. Большая часть пациентов прежде лечилась стационарно по поводу холецистита, и половина из них – два и более раз. В течение первых суток с момента появления клинических признаков заболевания в стационар поступило 15

больных, остальные были госпитализированы позднее, 32 больных – спустя трое суток.

Из 96 больных острым холециститом, осложненным поражениями желчных протоков, у 77 был деструктивный холецистит, в том числе у 11 – гангренозный. Экстрапузырное распространение воспаления наблюдалось у каждого второго больного, фибринозно-гнойный экссудат в брюшной полости обнаружен у 12, околопузырный абсцесс – у 5, околопузырный инфильтрат – у 29 пациентов.

В структуре патологии желчных протоков у 76 больных выявлен холедохолитиаз, в том числе у 28 в сочетании со стенозом БДС, у 20 больных – стеноз БДС без холедохолитиаза, из них у 4 со стриктурой терминального отдела холедоха. Механическая желтуха наблюдалась у 76 больных, из них у 69 содержание общего билирубина в сыворотке крови превышало 60 мкмоль/л. Холедохолитиаз без желтухи выявлен в 14,6%. При стенозе БДС желтуха возникла в 35%. У 31 больного течение заболевания осложнялось холангитом.

Сопутствующая патология выявлена у всех больных. Превалировали заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, заболевания органов дыхания. У 75 больных было сочетание 2–3 и более системных заболеваний. 31 больному было отказано в операции из-за высокого риска, обусловленного сопутствующей патологией. При поступлении в хирургический стационар состояние 63 больных расценивалось как средней степени тяжести, а 33 – как тяжелое.

Выбор вариантов хирургической тактики с учетом сопутствующих заболеваний основывался на комплексном обследовании с использованием инструментальных методов (УЗИ, ЭРХПГ, ЭПТ, лапароскопия, холецистохолангиография, рентгенография, КТ и т.д.). На выбор первоочередного метода прямой холангиографии оказывали влияние два следующих положения. Первое – специфика лечебной тактики при остром воспалении желчного пузыря или признаках преимущественного поражения желчных протоков. Второе – возможность одновременно с диагностическими мероприятиями провести и лечебные: декомпрессию и санацию желчных путей.

Результаты и обсуждение

Показания к операциям в те или иные сроки оставались традиционными, но существенно изменился подход к лечению больных с высоким операционно-анестезиологическим риском. Больные, общее состояние которых позволяло перенести хирургическое вмешательство, оперировались на высоте приступа. При высоком риске операции лечение проводили с помощью миниинвазивных и эндоскопических методов.

У 31 больного с клинической картиной и ультразвуковыми признаками деструктивного холецистита, осложненного механической желтухой, выполнена экстренная или срочная операция через минилапаротомный доступ (патент № 2188584 от 2002 г.), в объеме

холецистэктомии, холедохолитотомии с трансхоледоховой ПСТ и холедохостомии. От применения методов эндоскопической декомпрессии желчных путей отказались в пользу радикальной операции при невысокой билирубинемии (до 100 мкмоль/л) и отсутствии тяжелой сопутствующей патологии. В этих случаях одномоментная радикальная операция давала хороший результат. Для снижения вероятности конверсии минидоступа, перед операцией при УЗИ определяли условия её выполнения. Благоприятные условия для операций из минидоступа создавались при экстракостальном положении печени, открытом типе ее ворот, медиальном положении желчного пузыря и глубине гепатодуоденальной связки до 12 см. Противопоказаниями к вмешательству на желчных протоках из минидоступа считали: глубину гепатодуоденальной связки более 12 см при закрытом типе ворот печени, массивный околопузырный инфильтрат и абсцесс.

Особенностью нашей техники трансхоледоховой ПСТ являлось применение специально сконструированного папиллотомы (патент № 2167621 от 2001 г.). Гибкость и малый диаметр позволили вводить инструмент через канал фиброхоледохоскопа и использовать из минидоступа. При стенозе БДС через холедохотомическое отверстие под контролем фиброхоледохоскопа вводили папиллотом. Рабочую часть инструмента с закрытым ножом проводили через канал БДС в двенадцатиперстную кишку. С помощью рукоятки выдвигали нож на высоту 5–10 мм. Папиллотом устанавливали так, чтобы нож рассекал стенку БДС напротив межпротоковой перегородки на 10–12 часов по условному циферблату. При извлечении папиллотомы в холедох происходило ретроградное рассечение стенозированного БДС. Контроль гемостаза и адекватности ПСТ осуществляли с помощью фиброхоледохоскопа. Трансхоледоховую ПСТ считали достаточной, если эндоскоп диаметром 5,6 мм свободно проходил в двенадцатиперстную кишку. Осматривали рассеченный БДС. Завершали операцию ушиванием холедохотомического отверстия и дренированием холедоха через культю пузырного протока. Трансхоледоховая ПСТ с помощью гибкого папиллотомы малотравматичная, технически простая и непродолжительная операция, не требующая мобилизации и вскрытия просвета двенадцатиперстной кишки. Трансхоледоховая ПСТ в сочетании с холецистэктомией адекватно восстанавливала отток желчи в 12-ти перстную кишку и позволяла избежать второго этапа в виде ЭПТ. Необходимым условием ЭПТ в качестве второго этапа являлась предоперационная дуоденоскопия с оценкой возможности выполнения ЭПТ в послеоперационном периоде. Наличие у больных старше 70 лет анатомических особенностей области БДС, таких как его интрадивертикулярное расположение, парафатеральный дивертикул делало выполнение ЭПТ невозможным или сопряженным со значительными техническими трудностями и высоким риском осложнений.

У 27 больных с выраженной желтухой и холангитом без клинических и ультразвуковых признаков деструкции желчного пузыря на первом этапе выполнялась эндоскопическая ПСТ с литоэкстракцией, на втором (через 3–7 суток) – холецистэктомия из мини-доступа. У 19 больных с выраженным околопузырным инфильтратом лечение проведено также в два этапа – плановая операция после превентивной холецистостомии, выполненной под контролем УЗИ или лапароскопа.

Радикальные операции после нормализации гомеостаза, коррекции сопутствующих заболеваний считали оптимальным вариантом завершения лечебного процесса. Однако у целого ряда больных, несмотря на целенаправленную терапию сопутствующих заболеваний, снизить степень операционно-анестезиологического риска не удалось, и операция оставалась непереносимой. Наблюдение за больными острым холециститом, находящихся на амбулаторном лечении после холецистостомии без радикальной операции, показало, что у них у всех был рецидив заболевания. Причинами рецидива острого холецистита являлись камни, оставшиеся в желчном пузыре, сохраняющаяся окклюзия пузырного протока, инфекция и воспаление стенки. В связи с этим стало очевидным, что для завершения лечения больных с высоким риском операции после холецистостомии необходима полноценная санация желчного пузыря и ликвидация его полости. Для достижения этой цели была разработана методика эндоскопической санации и облитерации желчного пузыря (патент №2086186, г. 1997). Эндоскопическая облитерация желчного пузыря (ЭОЖП) выполнена у 14 больных после холецистостомии.

Отказ от планового оперативного лечения был строго обоснован при неподдающейся коррекции тяжелой сопутствующей патологии и полноценной эндоскопической санации желчных путей с адекватным восстановлением оттока желчи в кишечник. ЭОЖП начинали после удаления конкрементов и продуктов воспаления из полости желчного пузыря. Для этого применяли полый жесткий эндоскоп, который вводили через сформированный канал холецистостомы в полость желчного пузыря. Облитерацию устья пузырного протока и деструкцию слизистой стенки пузыря выполняли через просвет эндоскопа с помощью специального зонда, соединенного с активным электродом хирургического электрокоагулятора. Полнота деструкции слизистой контролировалась повторным осмотром с дополнительной электрокоагуляцией сохранившихся участков слизистой. Завершалась ЭОЖП промыванием полости желчного пузыря раствором первомура, что способствовало продуктивному асептическому воспалению, которое ускоряло рубцевание стенки и сморщивание желчного пузыря. Контроль над процессом облитерации желчного пузыря осуществляли с помощью УЗИ, фистулографии и фиброхолецистоскопии. Сроки облитерации желчного пузыря с выпиской больных из

стационара соответствовали 3–5 неделям с момента выполнения холецистостомы. Осложнений при ЭОЖП не наблюдали. Отдаленные результаты ЭОЖП были прослежены у 12 больных в сроки от 6 мес. до 3 лет. Ни у одного больного не было отмечено рецидива острого воспаления желчного пузыря.

Из 96 больных умерло 5 (5,2%). Анализ послеоперационной летальности и осложнений показал, что основной причиной смерти у 3 больных был выраженный эндотоксикоз на фоне полиорганной недостаточности, деструктивного холецистита, механической желтухи и холангита. Сердечно-сосудистая и легочная недостаточность превалировала у 2 больных.

Выводы

1. Тактика лечения больных острым холециститом, осложненным патологией желчных протоков, должна основываться на информативных исследованиях, быть активной и строго индивидуальной. Эффективные миниинвазивные технологии позволяют снизить уровень осложнений и летальности.
2. При отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний операция должна выполняться в первые–вторые сутки с момента поступления в полном объеме из минидоступа с использованием малотравматичных методов восстановления оттока желчи в кишечник (фиброхолангиоскопия с трансхоледоховой ПСТ и др.). Для снижения вероятности конверсии мини-доступа перед операцией при УЗИ нужно определить анатомическое положение печени, тип её ворот, положение желчного пузыря и его шейки относительно средней линии тела, глубину гепатодуоденальной связи.
3. Этапное лечение целесообразно при высокой степени операционного риска по основному (околопузырный инфильтрат, холангит и др.) и сопутствующим заболеваниям. На первом этапе используются эндоскопические или миниинвазивные вмешательства (ЭПСТ, холецистостомия) для устранения острого воспаления и гипертензии в желчном пузыре и протоках. Вторым этапом у сохраненных больных выполняют отсроченные радикальные операции.
4. При высоком риске радикальной операции из-за сопутствующих заболеваний после холецистостомии целесообразна эндоскопическая облитерация желчного пузыря. Отсутствие рецидивов острого холецистита в отдаленном периоде позволяют считать этот метод альтернативой холецистэктомии у тяжёлых больных.

Литература

1. Брискин Б.С., Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С. и др. Хирургическая тактика при остром холецистите и холелитиазе, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста // Анн. Хир. гепатол. – 2008. – №3. – С. 15–19.
2. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия. 2001. – № 9. – С. 30–31.

Никуленков С.Ю., Щеглов Н.М.

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА,
ОСЛОЖНЕННОГО ПОРАЖЕНИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТOKОВ, У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 70 ЛЕТ

3. Byrne M.F., Suhocki P., Mitchell R.M. et al. Percutaneous cholecystostomy in patients with acute cholecystitis: experience of 45 patients at a US referral center. // J. Am. Coll. Surg. – 2003. – Aug. – 197(2). С. – 206–11.
4. Fletcher D.R. Gallstones. Modern management. // Aust. Fam. Physician. 2001. May, 30(5). С. 441–5.
5. Hadas-Halpern I., Patlas M., Knizhnik M., Zaghal I. Percutaneous cholecystostomy in the management of acute cholecystitis. // Isr. Med. Assoc. J. – 2003 Mar.- 5(3). – С. 170–1.
6. Tanaka M. Bile duct clearance, endoscopic or laparoscopic? // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2002. – 9(6). С. 729–32.

Контактная информация

Никуленков Сергей Юрьевич, профессор, зав. кафедрой хирургических болезней Смоленской государственной медицинской академии.
Россия, Смоленск, ул. К. Маркса, 12а, кв. 4,
тел.: +7 (4812) 38-27-92; +8 (910) 716-27-35.

Щеглов Николай Михайлович, главный врач Брянской Центральной районной больницы.
Россия, Брянская область, Брянский район, п. Антоновка, ул. 1-я Новозыбковская, д. 24,
тел.: +7 (910) 333-14-58