

© В.В.Васильев, 2007
УДК 616.366-002-089

В.В.Васильев

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Кафедра общей хирургии (зав. — д-р мед. наук Д.Ю.Семёнов) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова

Ключевые слова: острый холецистит, операционный риск, малоинвазивные вмешательства, пункционное лечение, ультразвуковое исследование.

Введение. В настоящее время в лечении острого холецистита большинство хирургов придерживаются активной тактики. При этом, как уже неоднократно подтверждалось на различных форумах, операцией выбора считается лапароскопическая холецистэктомия [7, 9, 11]. Но, несмотря на внедрение новых малоинвазивных технологий, послеоперационная летальность при остром холецистите остаётся практически постоянной и варьирует от 0,07 до 1,1% [13, 14]. При этом в группе больных с высоким операционным риском она остаётся высокой, достигая 45% [1, 3, 6]. Это больные, которые, в соответствии с классификацией степени риска операции по тяжести соматического состояния, принятой Американским обществом анестезиологов, относятся к III, IV и V группам. Наличие у этих пациентов тяжёлых системных расстройств, создающих опасность для жизни, резко повышает риск оперативных вмешательств — как традиционной, так и лапароскопической холецистэктомии [10, 12, 17].

При отсутствии у больных этих групп признаков перитонита всегда есть время для проведения консервативной терапии. Вопрос о необходимости и объёме оперативного лечения обсуждается при её неэффективности. В большинстве случаев при определении показаний к операции выполняются малоинвазивные вмешательства: лапароскопическая холецистэктомия или холецистэктомия из мини-доступа. Однако есть больные, состояние которых настолько тяжело, что можно прогнозировать их смерть в течение 24 ч (V степень риска операции по ASA). В таком случае одним из способов избежать крайне рискованного оперативного вмешательства и при этом максимально быст-

ро купировать воспалительный процесс является применение лечебных санационно-декомпрессионных пункций под ультразвуковым контролем [15]. У особо тяжёлых больных с выраженными кардиопульмональными нарушениями, с системными заболеваниями они могут рассматриваться не как подготовительный этап к радикальной операции, а как самостоятельный метод лечения [5, 8, 16]. Доказано, что при снижении давления в желчном пузыре концентрация антибиотика в желчи резко возрастает, что соответственно повышает эффективность проводимой противовоспалительной терапии. При этом купирование приступа практически всегда может быть достигнуто декомпрессией желчного пузыря [2]. Эта манипуляция, проводимая под местной анестезией, при необходимости может быть повторена несколько раз до достижения положительного эффекта [16]. Об эффективности декомпрессионно-санационного вмешательства судят по динамике клинических показателей и по результатам контрольных ультрасонографических исследований. Для этой группы больных такое паллиативное лечение ряд авторов считают окончательным [4, 5, 15, 16].

В настоящей работе мы оценили эффективность применения малоинвазивных методов лечения острого холецистита у больных с повышенным и крайне высоким риском оперативного вмешательства.

Материал и методы. В клинике нашей кафедры за период с 1995 по 2005 г. хирургические методы лечения были применены у 105 больных с острым холециститом с повышенным риском оперативного вмешательства. Эти больные по степени операционного риска были разделены на 2 группы.

1-ю группу больных составили 69 пациентов, которые после оценки соматического статуса были отнесены к III степени риска по классификации ASA. Во 2-ю группу

вошли 36 пациентов, из них 26 больных — IV и 10 — V степени риска. Средний возраст больных 1-й группы составил ($65,3 \pm 5,4$) года, 2-й — ($75,9 \pm 4,1$) года. Соотношение мужчин и женщин в обеих группах было 1:3. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией у больных обеих групп были заболевания сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца (ИБС) (у 102), гипертоническая болезнь III стадии (у 78), стенокардия II–III ФК (у 54), постинфарктный кардиосклероз (у 51), мерцательная аритмия (у 22). Также встречались такие заболевания, как сахарный диабет (у 24), перенесённые ранее острые нарушения мозгового кровообращения (у 16), бронхиальная астма (у 10) и коагулопатии (у 5).

Результаты и обсуждение. При определении показаний и выборе метода оперативного вмешательства у больных обеих групп, наряду с клинико-лабораторными данными, большое внимание уделялось ультразвуковому исследованию (УЗИ) брюшной полости, выполненному в динамике. Нарастание ультрасонографических признаков деструкции стенки желчного пузыря даже при субъективном и объективном улучшении состояния больного рассматривались как весомый аргумент в пользу выполнения операции.

У больных, которые относятся к III группе по ASA, операцией выбора являлась лапароскопическая холецистэктомия. При этом вмешательство производилось при минимальном давлении в брюшной полости (6–8 мм рт. ст.) или с использованием лапаролифта.

Таким образом, всем больным 1-й группы была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У 9 больных с перитонитом операция выполнялась в экстренном порядке и у 60 — в срочном после кратковременной предоперационной подготовки. Из оперированных больных с острым холециститом катаральная форма воспаления желчного пузыря диагностирована у 10% из них, флегмонозная — у 83%, гангренозный холецистит был у 7%. У всех пациентов с острым катаральным холециститом доминирующим симптомом была боль, которая не купировалась из-за



Рис. 1. Непосредственные результаты санационно-декомпрессионных пункций желчного пузыря у больных 2-й группы.

обтурирующего желчный пузырь конкремента. Конверсии осуществлялись 3 раза. Причинами были: невозможность чётко выделить элементы шейки желчного пузыря, кровотечение из культи пузырной артерии и непереносимость пневмоперитонеума. Интраоперационных осложнений не было. Ранние послеоперационные осложнения возникли у 3 пациентов: желчеистечение по дренажу (у 1), которое купировалось самостоятельно к 5-м суткам, острое нарушение мозгового кровообращения (у 1) и подпечёчный абсцесс (у 1), который был купирован с применением пункционного метода. Осложнений в отдалённом послеоперационном периоде отмечено не было. Повреждений общего желчного протока и летальных исходов в этой группе больных не было.

У наиболее тяжёлых больных (IV–V группа по ASA) мы использовали в лечении другой малоинвазивный метод оперативного лечения — санационно-декомпрессионные пункции под контролем УЗИ. Пункции желчного пузыря выполнялись под местной анестезией под УЗ-контролем чрескожно и чреспечёчно иглами 18–19G.

При выполнении пункции решались две основные задачи — диагностическая и лечебная. На диагностическом этапе оценивается характер полученной желчи. Наличие прозрачной желчи является наиболее прогностически благоприятным фактором, получение мутной желчи с хлопьями фибрина требует, как правило, повторных санаций желчного пузыря. А примесь геморрагического экссудата в желчи, по нашему опыту и ретроспективной оценке полученных результатов, свидетельствует о выраженном деструктивном процессе в стенке желчного пузыря. Это исключает дальнейшее пункционное лечение и является показанием к экстренной холецистэктомии. Лечебные задачи, решаемые при пункции, — это эвакуация инфицированной желчи, декомпрессия желчного пузыря и, по возможности, восстановление притоки и оттока желчи. Наиболее наглядно это происходит при окклюзионном холецистите, когда в результате промывания раствором антисептика конкремент из шейки мигрирует в просвет пузыря, а в шприц начинает поступать чистая желчь. На следующий день после пункции выполняется контрольное УЗИ, по результатам которого могут быть определены показания к повторной пункции. Этот малоинвазивный вид хирургического лечения был применён нами у 36 пациентов 2-й группы, причём четверть пациентов этой группы относились к V группе по ASA. Результаты лечения приведены на рис. 1.

Оценивая непосредственные результаты, следует сказать, что у 27 больных этот метод малоинвазивного хирургического лечения оказался эффективным. Воспалительные явления были

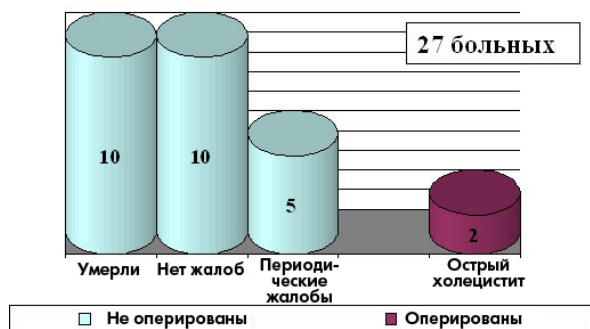


Рис. 2. Отдаленные результаты санационно-декомпрессионных пункций желчного пузыря у больных 2-й группы.

полностью купированы, и больные выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. При этом 12 пациентам из 27 пункции выполнялись многократно (от 2 до 7 раз). 6 больных после пункционного лечения были оперированы. Трижды показанием к экстренной операции послужило присутствие геморрагического экссудата в желчи. Выполнена традиционная холецистэктомия, и при этом подтвержден диагноз острого гангренозного холецистита. У двух пациентов показания к операции были связаны с отсутствием положительной динамики при контрольном УЗИ и у одного — некупирующийся болевой синдром. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Из 36 больных умерли трое, т. е. летальность составила 8,3%. Эти больные поступили в тяжелом состоянии. Двоим из них лишь однократно выполнялась пункционная санация желчного пузыря на фоне консервативной терапии. Смерть обоих наступила в течение 1-х суток с момента поступления в стационар. Один больной был экстренно оперирован через 2 ч после пункции. На операции — гангренозный холецистит. Причина смерти у всех пациентов — острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность на фоне интоксикации.

На X Московском юбилейном международном конгрессе по эндоскопической хирургии в 2006 г. обсуждались вопросы эндоскопической и малоинвазивной панкреатобилиарной хирургии у больных с высоким операционным риском. У большинства хирургов, выступавших на конгрессе, не вызвала сомнений необходимость более широкого применения современных малоинвазивных хирургических вмешательств, в том числе и пункционных, в лечении таких пациентов. В то же время существует мнение, что использование только одного пункционного метода лечения острого холецистита у этой категории больных имеет относительное значение, так как многих из

них при повторении острого приступа всё-таки приходится оперировать в основном традиционным способом, несмотря на значительный риск и высокую послеоперационную летальность.

В связи с этим мы оценили отдаленные результаты пункционного лечения острого холецистита у 27 больных за период от 2 до 9 лет, которые приведены на рис. 2. Выяснилось, что у 25 из 27 больных, которые были выписаны из клиники, повторных приступов острого холецистита не наблюдалось. 20 пациентов никаких жалоб, связанных с желчнокаменной болезнью, не предъявляли, 10 из них умерли, но не от осложнений желчнокаменной болезни, а от прогрессирования тяжёлых сопутствующих заболеваний, которыми они страдали всё это время. Только 5 пациентов пожаловались на периодически возникающие боли в правом подреберье после погрешности в диете или физической нагрузки, которые купировались спазмолитиками. 11 больных удалось вызвать в клинику для контрольного УЗИ. При этом у 6 из них был выявлен отключённый желчный пузырь без признаков острого воспаления, а у 5 — «сморщенный» желчный пузырь.

И лишь двое больных были оперированы в течение полутора месяцев после выписки в связи с повторным приступом острого холецистита. У обоих выполнена открытая холецистэктомия. В настоящее время больные чувствуют себя удовлетворительно.

Таким образом, в этой группе больных с крайне высокой степенью риска пункционное лечение по непосредственным результатам оказалось эффективным у 75% из них, а эффективность отдалённых результатов составила 92,5%.

Выводы. 1. В лечении острого холецистита у больных с высоким риском оперативного вмешательства необходима избирательная тактика. В большинстве случаев удается выполнить радикальную операцию — лапароскопическую холецистэктомию. При крайне высоком риске операции допустимы паллиативные вмешательства — санационно-декомпрессионные пункции под контролем УЗИ.

2. Пункционное лечение даёт возможность не только определиться с дальнейшей хирургической тактикой, но также позволяет избежать крайне рискованных операций и продлить жизнь больным, не ухудшая её качество.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алиев С.А. Особенности клиники и тактики хирургического лечения острого холецистита у больных старческого возраста // Хирургия.—1998.—№ 4.—С. 25–29.
2. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях.—М.: Медицина, 1987.—336 с.

3. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Митичкин А.Е. Лечение острого холецистита.—СПб.: Изд-во СПбМАПО, 1999.—100 с.
4. Данович Ф.М., Вайнблат И.Я. Особенности течения острого холецистита у пожилых и стариков // Вестн. хир.—1965.—№ 4.—С. 22–25.
5. Мирошников Б.И., Балабушкин И.А., Светловидов В.В. Чрескожная пункция желчного пузыря и микрохолецистостомия под контролем эхографии при остром холецистите // Вестн. хир.—1993.—№ 3–4.—С. 18–21.
6. Панцирев Ю.М., Галлингер Ю.И., Ноздрачев В.И. и др. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Диагностика и лечение осложненных форм острого холецистита и панкреатита: Труды Московского НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского.—М.: Медицина, 1985.—С. 73–80.
7. Попов А.Ф., Брискин Б.С., Малаханов С.Н. и др. Острый холецистит как проблема лапароскопической хирургии // Хирургия.—1995.—№ 5.—С. 13–15.
8. Струпас К.Н. Эхоскопическая микрохолецистостомия при остром холецистите у гериатрических больных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Вильнюс, 1989.—22 с.
9. Шорох Г.П., Завада Н.В. Ошибки и осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Эндоскоп. хир.—1997.—№ 2.—С. 15–19.
10. Шулутко А.М. Прогнозирование риска операции и выбор тактики лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—М., 1990.—35 с.
11. Antoniou P., Papalois B., Papadopoulou M. et al. Laparoscopic treatment of acute cholecystitis // First European Congress of the E.A.E.S. Jun 3–5 Cologne 1993.—P. 10.
12. Evers B.M., Townsend C.M. Jr., Thompson J.C., Organ physiology of aging // Surg. Clin. North Amer.—1994.—Vol. 74.—P. 23–39.
13. Flowers J.M., Bailey R.W., Scovill W.A. et al. The Baltimore experience with laparoscopic management of acute cholecystitis // Amer. J. Surg.—1991.—Vol. 161, № 3.—P. 388–392.
14. Fabre J.M., Fagot H., Domergue J. et al. Laparoscopic cholecystectomy in complicated cholelithiasis // Surg. Endosc.—1994.—Vol. 8, № 10.—P. 1198–1201.
15. Tanikawa M., Ichikawa M., Takahara O. et al. The usefulness of percutaneous transhepatic cholecyst puncture (PTCCP) with ultrasound-image control for acute cholecystitis // Japan. J. Gastroenterol.—1996.—Vol. 93, № 8.—P. 553–559.
16. Verbanck J.J., Demol J.W., Ghillebert G.L. et al. Ultrasound-guided puncture of the gallbladder for acute cholecystitis // Lancet.—1993.—Vol. 341, № 8853.—P. 1132–1133.
17. Zuccala G., Cocchi A., Gambassi G. et al. Postsurgical complications in older patients. The role of pharmacological intervention // Drugs & Aging.—1994.—Vol. 5, № 6.—P. 419–430.

Поступила в редакцию 29.11.2006 г.

V.V.Vasiliev

VARIANTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN HIGH OPERATIVE RISK PATIENTS

Results of surgical treatment of acute cholecystitis were analyzed in 105 patients. Immediate results of laparoscopic cholecystectomy and immediate and long-term results of puncture treatment were estimated. It was shown that in patients with extremely high degree of the operation risk (IV–V degree by ASA) the puncture treatment of acute cholecystitis judged by immediate results proved to be effective in 75% of the patients, and the effect judged by long-term results was 92.5%.

НЕКОТОРЫЕ ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В 2007 г. ПО МАТЕРИАЛАМ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО МУЗЕЯ И ДРУГИМ ИСТОЧНИКАМ

Продолжение. Начало см. на стр. 21

250 лет (1757 г.)

- Именной указ «Об отсылке отставных за ранами и престарелых обер- и унтер-офицеров и рядовых в Синод для размещения их на пропитание по монастырям». Императрица Елизавета Петровна повелела военных инвалидов, не располагающих средствами на достойное проживание, распределять по монастырям, где они могли получить заботливый уход и воспомоществование целительное пожизненно. Церковь на Руси всегда оказывала действенную помощь всем больным и увечным, особенно пострадавшим на ратном поприще и службе государевой.
- Сенатский указ «О производстве жалования городским лекарям, определенным для пользования воинских служителей, равного с окладом армейских лекарей».
- Сенатский указ «О бытии в Астрахани губернскому доктору». Астраханская губерния была образована в 1717 г. Первоначально врачи были только при воинских частях и военной флотилии на Каспийском море, созданной в 1722 г. Гражданская медицинская администрация была совершенно необходима в связи с опасностями заболеваний чумой, появлявшейся в Прикаспийском и Приволжском регионах.
- Издан первый учебник анатомии на русском языке. Главный лекарь Петербургского адмиралтейского госпиталя М.И.Шейн (1712–1762) перевел на русский язык книгу Гейстера (L.Heister) и издал ее под названием «Сокращенная анатомия, все дело анатомическое кратко в себе заключающая» (СПб., 1757). Этот труд способствовал развитию русской анатомической номенклатуры.

Продолжение см. на стр. 39