

УДК:616.366-002-036.11-089.-072.1

АКТИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СВЕТЕ 15-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

В.В. Иващенко, К.К. Скворцов, К.К. Скворцов (мл.), А.В. Иващенко

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. В работе на основании обобщения 15-летнего опыта 2063 лапароскопических операций у 2397 больных острым холециститом обосновывается возможность успешного выполнения одномоментных вмешательств в первые сутки от момента поступления в стационар у 97% пациентов с показаниями для оперативного лечения.

Ключевые слова: острый холецистит, активная тактика лечения, лапароскопическая холецистэктомия.

Проблема желчнокаменной болезни (ЖКБ) не теряет своей актуальности. По данным обширных эпидемиологических исследований, проведенных в последние годы, ЖКБ в различных странах составляет 10-15% среди взрослого населения [4, 5]. А учитывая то обстоятельство, что в структуре острого холецистита (ОХ) на долю калькулезного холецистита приходится от 73 до 94% наблюдений [10] и термин ЖКБ нередко используется как синоним определения «калькулезный холецистит», становится понятным неуклонный рост заболеваемости острым холециститом.

Внедрение в 1989 – 1993 годах методов операций с использованием видеолапароскопической техники коренным образом изменило многие установившиеся представления о хирургической тактике при ЖКБ, в частности, и при ОХ. В настоящее время лапароскопическая хирургия за очень короткий срок вошла в третий период своего развития (первый период – внедрения – 1989 – 1993гг., второй – 1994-1996 – расширения показаний и третий – с 1997 и до настоящего времени – этап полного утверждения и становления методом выбора при лечении большинства форм ЖКБ и острого холецистита) [6,7].

За период 1993 – 2008 гг. в клинике общей хирургии №2 находилось на лечении 2397 больных по поводу острого холецистита, 2143 из которых подвергнуты оперативному вмешательству (оперативная активность 85,2%), из них 2063- лапароскопическому. Из общего числа поступивших больных с ОХ 254 лечились консервативно, ввиду отсутствия показаний к оперативному лечению (выраженный эффект от консервативной терапии на фоне отсутствия признаков деструкции желчного пузыря и эхо-

графических признаков калькулеза (243), либо при упорном отказе пациентов от оперативного вмешательства (11 больных). По поводу хронического калькулезного холецистита за это же время подвергнуты оперативному вмешательству 6796 больных, из них лапароскопическому – 6662, соотношение плановых лапароскопических вмешательств к экстренным составило – 3,2: 1,0.

Из общего числа больных ОХ мужчины составили лишь 18% – (431), остальные – 1966 (82%) – женщины в возрасте от 19 до 94 лет, средний возраст составил 56,4 ± 9,2 года.

Следует отметить, что в это число не вошло 738 пациентов, прооперированных нами лапароскопическим методом по поводу осложненных форм хронического холецистита (водянки желчного пузыря, хронической эмпиемы пузыря, выраженного спаечного околопузырного процесса, сморщенного желчного пузыря), которые некоторые авторы включают в группу больных с острым холециститом [9].

Диагноз верифицировали на основании данных анамнеза, общеклинических и биохимических методов исследования, ультразвукового исследования органов гепатобилиарной зоны, фиброгастроуденоскопии. В связи с использованием ультразвуковых аппаратов нового поколения с электронными линейными и конвексными датчиками с документированием на термопринтере, а также широким использованием интраоперационной лапароскопической холангиографии (выполнена у 45% оперированных пациентов с ОХ) мы отказались от внутривенной холангиографии и в особо затруднительных ситуациях (подозрение на аномалию желчно-выводящей системы, сопутствующую патологию поджелудочной железы) прибегали к компьютерной томографии. Мы по-прежнему с осторожностью относимся к выполнению ретроградной восходящей холестистохолангиографии у пациентов с острыми воспалительными процессами в гепатобилиарной зоне, ввиду опасности провоцирования порой латентно протекающих у многих из них холангита и панкреатита. Немаловажную роль играет и то обстоятельство, что эндоско-

пическая папиллосфинктеротомия и литоэкстракция (которые довольно часто проводятся больным с осложненным острым холециститом после предварительного выполнения ретроградной панкреатохолангиографии возможна лишь при отсутствии парафатеральных дивертикулов, дивертикулов области малого дуоденального сосочка, которые встречаются довольно часто – у 22,6% больных [8], протяженных стенозов сосочка, наличии конкрементов в холедохе не более 15мм [2]. Кроме этого, любой способ папиллотомии сам по себе имеет негативные последствия. Не случайно, папиллотомия встречает возражение ряда хирургов [1]. Так В.Н. Ежов и соавт.(1995) [3] изучив отдаленные результаты 315 эндоскопических папиллосфинктеротомий в сроки от 1 до 10 лет в целом оценили их как неудовлетворительные, что было связано с частым развитием в отдаленном периоде рестенозов и возникновением желтухи, панкреатита или хронического холангита, степень выраженности которых со временем возрастала. Кроме этого, папиллосфинктеротомия далеко небезопасное пособие, при котором нередки и серьезные осложнения – повреждения 12-перстной кишки на уровне большого дуоденального сосочка, развитие флегмоны забрюшинного пространства, кровотечения.

Острый катаральный холецистит отмечен у 545 больных, флегмонозный – у 1327, гангренозный – у 225, осложнившийся перфорацией желчного пузыря у 46.

Осложненный острый холецистит выявлен у 14% больных (околопузырный инфильтрат – 4,2%, околопузырный абсцесс – 3%, механическая желтуха – 3,2%, гнойный холангит – 3,8%, абсцесс печени – 0,08%, разлитой перитонит – 0,42%.

Холедохолитиаз диагностирован у 129 больных (6%), тубулярный стеноз холедоха у 1% пациентов (21 больной).

Сопутствующая патология диагностирована у 83% больных (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз, ожирение II-IV степени, сахарный диабет, хронический бронхит, эмфизема легких, бронхиальная астма (21 больной) Практически у половины наблюдаемых больных констатировано несколько сопутствующих заболеваний из числа перечисленных, наиболее частыми из которых являлись ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь.

В сроки до 24 часов от начала заболевания поступило 22% больных, от 24 до 48 часов – 14%, от 48 до 72 часов – 6% больных. Наиболее многочисленную группу составили 58% боль-

ных, у которых от начала заболевания прошло более 3-х суток.

Отдавая предпочтение активной одномоментной тактике, мы основывались на следующих принципах:

1) Целесообразности устранения первичного патологического очага (желчного пузыря), в первую очередь как основного источника интоксикации;

2) Обеспечение адекватной деривации желчи при холецистэктомии, преимущественно путем лапароскопической холедохостомии. Ведь при выполнении холецистостомии на фоне вклиненного камня в пузырном протоке, либо назобилиарном дренировании при крупных конкрементах в холедохе обеспечение полноценного оттока желчи не всегда возможно, однако в абсолютном большинстве наблюдений он будет адекватным при холедохостомии через культю пузырного протока, что чрезвычайно важно в первую очередь, при наличии сочетания острого калькулезного холецистита с холедохолитиазом или нарушении пассажа желчи другого генеза (билиарном панкреатите).

3) Холедохостомия по Холстеду –Пиковскому через культю пузырного протока позволяет осуществить не только полноценную декомпрессию желчевыводящих путей, но и выполнять холангиографическое исследование как интраоперационно, так и в последующем без опасности травматизации большого дуоденального сосочка.

4) Интенсивная многокомпонентная кратковременная предоперационная подготовка в большинстве своем позволяет компенсировать наиболее существенные гомеостатические нарушения.

5) При высоком риске анестезиологического пособия вариантом выбора может быть эпидуральная анестезия.

Подавляющему большинству пациентов в предоперационном периоде проводилась инфузионная терапия, включающая коррекцию волевических нарушений, стабилизацию гемодинамики, антибиотикотерапию, дезинтоксикацию. Лечебные мероприятия основывались на принципах активной хирургической тактики. В первые сутки от момента поступления оперированы 2079 больных (97%). Характер выполненных оперативных вмешательств представлен в таблице.

У остальных 64 больных (3%) пролонгация оперативного вмешательства была обусловлена следующими причинами: декомпенсацией сердечной деятельности, требующей коррекции в течение более 24 часов (сердечная недо-

Характер оперативных вмешательств

Таблица

Название оперативного вмешательства	Количество больных
Лапароскопическая холецистэктомия	1757
Лапароскопическая холецистэктомия + холедохостомия	245
Лапароскопическая холецистэктомия + холедохостомия + второй этап – эндоскопическая папиллосфинктеротомия	36
Лапароскопия + конверсия + холецистэктомия	38
Лапароскопия + конверсия + холецистэктомия + холедохолитотомия + холедоходуоденостомия + холедохостомия	26
Лапароскопическая холецистэктомия + холедохостомия + второй этап _ холедоходуоденостомия	13
Лапароскопия + конверсия + холецистэктомия + холедохостомия	14
Лапароскопическая холецистэктомия + холедохолитотомия + холедохостомия + дренирование сальниковой сумки	6
Холецистостомия + второй этап – лапароскопическая холецистэктомия	6
Лапароскопия + конверсия + холецистэктомия + холедохостомия + пилоропластика + дуоденостомия	2
ВСЕГО	2143

статочность II-III степени с нарушением ритма) – 24 больных, затяжным гипертоническим кризом – 11 больных, декомпенсацией сахарного диабета с развитием гипергликемического и кетоацидотического прекоматозного и коматозного состояний – 8 больных, выраженной интоксикацией с развитием синдрома полиорганной недостаточности – 8 больных, старческим возрастом с множеством сопутствующих заболеваний, требующих длительной коррекции – 6 больных, астматическим состоянием – 4 больных, острым нарушением коронарного кровообращения – 3 больных.

Из 64 больных, после проведенной целенаправленной предоперационной подготовки у 58 после стабилизации состояния, в среднем через $26,2 \pm 8,6$ часов, выполнено оперативное лечение. У остальных 6 больных первым этапом проводили декомпрессию желчного пузыря с помощью микрохолецистостомии под контролем лапароскопа (2 больных) или чрезкожную, чрезпеченочную микрохолецистостомию под контролем УЗИ (4 больных). После купирования острых явлений, коррекции сопутствующей патологии и фистулохолецистохолангиографии, в среднем на $9,8 \pm 3,1$ сутки от исходной декомпрессионной операции, выполнили

окончательный этап – лапароскопическую холецистэктомия.

Необходимость конверсии возникла у 80 (3,7%) больных. Наиболее частыми причинами конверсии при остром холецистите были: крупный холедохолитиаз – 31 больной, околопузырный инфильтрат – 30 больных, более редкие причины – разлитой гнойный перитонит – 3 больных, тубулярный стеноз холедоха без явлений холангита и печеночной недостаточности – 3 больных, невозможность идентификации структур треугольника Кало – 8 больных, синдром Бувере – 1 больной, синдром Миризи – 3 больных, абсцесс печени – 1 больной.

Всего в два этапа оперировано 55 больных. Из них у 41 вмешательства второго этапа были направлены на коррекцию предполагаемой до операции и подтвержденной во время лапароскопической холецистэктомии, интраоперационной холангиографии патологии желчевыводящих путей У 26 больных с мелким (менее 0,5 см) холедохолитиазом после лапароскопической холецистэктомии, холедохостомии на $8,2 \pm 2,7$ день после первого этапа выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. У 10 больных выявлен стеноз большого дуоденального сосочка, на $10,2 \pm 2,1$ день после ла-

параскопичекою холецистэктомии выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. У 13 больных с выявленным тубулярным стенозом холедоха и гнойным холангитом, признаками выраженной интоксикации и печеночной недостаточности на $28,4 \pm 4,5$ день после лапароскопической холецистэктомии выполнена открытая холедоходуоденостомия.

Только у 6 больных первым этапом не удалось выполнить холецистэктомию из-за тяжести общего состояния, выраженных полиорганных нарушений. Из них у 3-х больных тяжесть была связана с давностью процесса (у всех более 3-х суток), двое больных были старческого возраста с декомпенсацией сердечной деятельности, у 1 больного была тяжелая дыхательная недостаточность, обусловленная эмфиземой легких, бронхиальной астмой. Следует отметить, что из этих больных умер 1 больной из-за прогрессирующей полиорганной недостаточности. Выполняемая вторым этапом лапароскопическая холецистэктомия сопровождалась большими техническими трудностями при выделении желчного пузыря из-за формирования плотного паравезикального инфильтрата, что удлинняло продолжительность операции и сопровождалось повышенной травматизацией окружающих тканей.

Общая летальность составила 0,33% (8 больных). Из них 4 больных оперированы эндоскопически, а у 4-х применена конверсия. Причины летальных исходов – панкреонекроз – 2 больных, острая сердечно-сосудистая недостаточность – 5 больных, прогрессирующая полиорганная недостаточность – 1 больной. Из 8 умерших у 3-х применена двухэтапная тактика лечения.

Таким образом, у абсолютного большинства пациентов с острым холециститом оперативное лечение (холецистэктомия) выполнена первым этапом (97%), лишь 6 пациентам как первый этап выполнена холецистостомия – 0,28%. Показаниями для двухэтапного лечения больных с острым холециститом являются больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, у которых не удается достичь сбалансированного гомеостаза в течение суток.. Вторым этапом, после выполнения лапароскопической холецистэктомии, холедохостомии, в среднем через $15 \pm 2,7$ суток, проводится коррекция сопутствующей патологии желчевыводящих путей (стеноза большого дуоденального соска, тубулярного стеноза холедоха, мелкого холедохолитиаза, не устраненного промыванием через холедохостому). Большинство осложнений острого холецистита удается устранить во время первичного оперативного

вмешательства–лапароскопической холецистэктомии. Довольно низкая послеоперационная летальность подтверждает перспективность активной хирургической тактики в лечении острого холецистита и его осложнений.

Накопленный опыт и высокая эффективность лечения ЖКБ, в частности острого и хронического калькулезного холецистита с помощью видеолапароскопической техники, указал на существование определенных проблем, связанных с широким внедрением малоинвазивной хирургии. Несмотря на то, что малоинвазивные технологии заняли доминирующее положение в хирургии ЖКБ (начиная с 2000 года в клинике традиционные вмешательства на желчевыводящих путях выполняются лишь во время конверсии, опухолях гепатобилиарной зоны, ряде симультанных вмешательств, что составляет в среднем около 2% всех оперативных вмешательств), тем не менее развитие и освоение на современном уровне и классических технологий остается не менее важным. Ведь при выполнении видеолапароскопического вмешательства всегда имеется вероятность перехода на традиционное вмешательство. Эта вероятность порой не зависит от уровня технической оснащенности учреждения и качества инструментария, опыта хирурга и операционной бригады. Хирург всегда должен быть морально и технически готов к лапаротомии при выполнении эндоскопических операций, что заставляет при подготовке кадров по видеолапароскопической хирургии учитывать степень их подготовленности в области традиционной хирургии желчевыводящих путей. Поэтому подготовка современного хирурга по вопросам лапароскопических технологий пролонгируется и требуются поиски путей интенсификации обучения молодых специалистов в области традиционной хирургии в сложившихся новых условиях.

АКТИВНА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ В СВІТІ 15-РІЧНОГО ДОСВІДУ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

*В.В. Иващенко, К.К. Скворцов, К.К. Скворцов(мол.),
А.В. Иващенко*

Реферат. В роботі на основі узагальнення 15-річного досвіду 2063 лапароскопічних операцій у 2397 хворих на гострий холецистит обґрунтовується можливість успішного виконання одномоментних втручань в першу добу з моменту надходження до стаціонару у 97% пацієнтів, що мають показання до оперативного лікування.

Ключові слова: гострий холецистит, активна тактика лікування, лапароскопічна холецистектомія.

ACTIVE SURGICAL TACTICS OF TREATMENT OF A ACUTE CHOLECYSTITIS IN VIEW OF 15-YEARS EXPERIENCE VIDEOENDOSCOPY SURGERIES

V.V. Ivashchenko, K.K. Skvorzov, K.K. Skvorzov, A.V. Ivashchenko

Abstract. In work on the basis of generalization of 15-years experience 2063 videoendoscopy interventions at 2397 patients the acute cholecystitis proves an opportunity of successful performance interventions in the first day from the moment of receipt in a hospital at 97% of patients with indications for operative treatment.

Key words: acute cholecystitis, active tactic of treatment, videoendoscopy cholecystectomy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брискин Б.С., Иванов А.Э. Эктов П.В., Ивлев В.П. Возможности и перспективы эндоскопической папиллотомии в сочетании с дистанционной билиарной литотрипсией// *Анналы хирургической гепатологии.*-1998.-№3.-С.40;
2. Грязнов В.И., Сивоконь Н.И., Перфильев В.В., Петриченко А.В. Лапароскопическая холецистэктомия при желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом//*Анналы хирургической гепатологии.*-1998.-№3.-С.49-50;
3. Ежев В.Н., Рудакова М.Н., Валетов А.И. Эндоскопические папиллосфинктеротомии – так ли они нужны?// *Труды межд.конф. «Новые технологии в хирургии и диагностике органов билиопанкреатодуоденальной зоны.*-М.,1995.-С.146-147;
4. Елисеенко А.В., Куделькина Н.А. Желчнокаменная болезнь и факторы риска (клинико-эпидемиологическое исследование)// *Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.*-2002.-№5(12).-С.98-102;
5. Ильченко А.А. Классификация желчно-каменной болезни//*Гер. архив.*-2004.-№2.-С.75-78;
6. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Кротов Н.Ф. и др. Современный подход к холецистостомии в лечении больных с желчнокаменной болезнью с высоким операционным риском//*Анналы хирургической гепатологии.*-2004.-№2.-С.128-129;
7. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф. и др. Экстренная хирургия желчных путей.-Донецк: Лебедь.-2005.-434С;
8. Степанов И.А., Лапкин К.В., Силина Т.Л., Тедоразе Р.В. Парапапиллярные дивертикулы 12-перстной кишки//*В кн.Новые технологии в диагностике и хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны.*-Труды межд.конф.-М.,1995.-С.39-41;
9. Хитарьян А.Г., Ябоян И.А., Неделько А.И., Саков А.В. //*В кн.:Малоинвазивные вмешательства в хирургии.*-Сб.научн.трудов.-М.,1996.-С.92-95;
10. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло Н.Е. Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей.-Киев:Здоровье,-1993.-512С.