

Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия в лечении острого холецистита

Б.С. Брискин,

А.М. Минасян,

М.А. Васильева,

М.Г. Барсуков

Кафедра
хирургических бо-
лезней Московского
медицинского
стоматологического
института (зав. —
проф. Б.С. Брискин)

Представлен опыт применения чрескожной чреспеченочной микрохолецистостомии под контролем ультразвукового сканирования у 390 больных острым холециститом и его осложнениями. Все вмешательства выполнялись на аппарате Bruel & Kjer 1846 с секторным датчиком, работающим в режиме 3.5 МГц со съемной пуш-ционной приставкой. Дренаж желчного пузыря выполнен одномоментным способом с использованием специальных стилет-катетеров с фиксирующим приспособлением в виде "корзинки". Микрохолецистостомия под контролем ультразвукового сканирования проводилась больным пожилого и старческого возраста как мало-травматичная альтернатива операционной холецистостомии и лапароскопическому дренированию желчного пузыря в остром периоде заболевания. При остром бескаменном холецистите (20 наблюдений) чрескожное дренирование желчного пузыря представляло собой окончательный метод лечения и выполнялось вне зависимости от возраста пациентов и характера сопутствующих заболеваний. Летальных исходов в группе больных острым бескаменным холециститом не было. Для 179 больных острым калькулезным холециститом и его осложнениями микрохолецистостомия явилась первым этапом лечения, по стихании острых воспалительных явлений и в решении механической желтухи эти больные были оперированы. В 163 наблюдениях тяжесть сопутствующих заболеваний не позволила прибегнуть к хирургическому лечению даже в "холодном" периоде. Для таких пациентов чрескожное дренирование желчного пузыря явилось единственным переносимым вмешательством. Микрохолецистостомия под контролем ультразвукового сканирования является эффективным вмешательством и имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционным хирургическим лечением. Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных с острым калькулезным холециститом снизилась в 1.5 раза, частота послеоперационных осложнений и летальность уменьшилась в 2.5 раза. Летальность составила 2.4%.

Percutaneous Transhepatic Microcholecystostomy in Acute Cholecystitis Treatment

B.S. Briskin,

A.M. Minasyan,

M.A. Vasilieva, and

M.G. Barsukov

Department of Surgery
(Director -Professor
B.S. Briskin) Moscow
Medical Stomatological
Institute

Percutaneous transhepatic microcholecystostomy under ultrasonic scan control were carried out in 390 patients with acute cholecystitis and its complications. All the procedures were conducted by a Bruel & Kjer 1846 apparatus with a sectoral transducer operating in the mode of 3.5 Mc/s and a detachable puncture unit. Gallbladder drainage was done by a single-pass method through special stilette-catheters with a basket-shaped fixing device. Microcholecystostomy under ultrasonic scan control was carried out in elderly patients as a low-trauma alternative to surgical cholecystostomy and laparoscopic drainage in the acute period. In acute acalculous cholecystitis (20 cases) percutaneous gallbladder drainage was the ultimate method carried out irrespective of age and nature of concurrent disorders. The acute acalculous cholecystitis group had no lethal outcomes. For 179 patients with acute calculous cholecystitis and complications microcholecystostomy was the first step: upon abatement of acute inflammatory symptoms and resolution of obstructive jaundice they underwent surgery. In 163 cases severity of concurrent disorders precluded surgery even in the non-inflammatory period. Here percutaneous drainage proved the only tolerated procedure.

Microcholecystostomy under ultrasonic scan control is an effective procedure with a number of advantages over traditional surgical treatment. The average hospital stay of patients with acute calculous cholecystitis shortened by about one third, incidence of postoperative complications and lethality dropped 2.5 times to 2.4 percent.

В подавляющем большинстве случаев причиной острого холецистита является желчнокаменная болезнь, в то время как бескаменный холецистит составляет лишь 2—10% от общего числа пациентов [16]. Количество больных, госпитализируемых в связи с острым калькулезным

холециститом существенно превышает число пациентов, поступающих в хирургические клиники для плановых операций. Последнее десятилетие отмечено значительным ростом числа больных острым холециститом, что связано, прежде всего, с общей тенденцией постарения населения в развитых странах. В структуре больных острыми формами воспаления желчевыводящей системы в странах Европы и США преобладают лица пожилого и старческого возраста. Пик заболеваемости приходится на пациентов в возрасте 50-70 лет, естественно, выполнение оперативных у них сопряжено с более значительным риском [18, 20].

На протяжении многих лет общая и послеоперационная летальность у больных острым холециститом старших возрастных групп не имели тенденции к снижению и составляли 1.9-8% и 6—33% соответственно, при сопутствующей патологии внепеченочных желчных путей, возрастая до 43% [3,4,7, 8, 10, II, 15, 19], что примерно в 5-10 раз выше, чем у лиц молодого возраста [12, 13]. Этим, в основном, и объяснялся значительный интерес к изучению различных вариантов тактики лечения острого холецистита, ставших предметом серьезных разногласий. Тактика при остром холецистите являлась наиболее дискуссионным и актуальным вопросом желчной хирургии на всех этапах ее развития [14]. Принципиальные разногласия у хирургов возникали в основном по вопросам о допустимых сроках консервативной терапии при остром холецистите, а также показаниях и объеме хирургического вмешательства. Гериатрические проблемы острого холецистита обсуждались на IX Международном конгрессе геронтологов (1972), Всероссийской конференции в Ленинграде (1973), XXX Всесоюзном съезде хирургов в Минске (1981), Всесоюзной конференции по хирургии желчных путей в Москве (1982) и других форумах. Подходы к лечению больных острым холециститом характеризовались резкими колебаниями от сугубо консервативной терапии до настоятельных призывов оперировать каждого больного с острым воспалением желчевыводящей системы [15, 19]. С целью снижения летальности при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста ряд авторов [10, 14, 19] рекомендует активную хирургическую тактику, основываясь на том, что длительное наблюдение и консервативное лечение в этой группе больных опасно возможностью быстрого развития осложнений. В то же время, даже у хирургов придерживающихся сверхактивной тактики, летальность остается также высокой.

Сторонники выжидательной тактики при остром холецистите основывались, в основном, на цифрах послеоперационной летальности, которые при срочных операциях у больных пожилого и старческого возраста не только не снижаются, а неуклонно растут. В то же время примерно у половины больных острым холециститом, не осложненным перитонитом, при проведении консервативной терапии наступает улучшение и необходимость в экстренной или срочной операции отпадает [10, 12, 17]. Выполнение хирургических вмешательств у этих пациентов в "холодном" периоде позволяет снизить послеоперационную летальность в 2 раза по сравнению с этим показателем после срочных и экстренных операций [16, 20]. Однако традиционная консервативная терапия острого холецистита, проводимая больным пожилого и старческого возраста, часто не приводит к купированию острого процесса, что, в конечном итоге, создает предпосылки для осложненных форм заболевания [2, 6, 8, 14, 19]. Вынужденные операции сопровождаются еще большей летальностью. Таким образом, сформировались активно-выжидательные подходы в лечении острого холецистита, основанные на разумном компромиссе между радикальностью срочных хирургических методов лечения и относительной безопасностью консервативного лечения этого заболевания. Основные положения активно-выжидательной тактики, при существовавшем уровне развития хирургической техники и технологии, оказались правомочными, позволив улучшить результаты лечения острого холецистита, особенно у больных старших возрастных групп, снизить и стабилизировать летальность [4,12].

Научно-технический прогресс позволил в настоящее время пересмотреть некоторые общепринятые правила хирургической тактики при остром холецистите, основанные на разработанных новых альтернативных хирургической операции вмешательствах на желчных путях. В первую очередь речь идет о современном малоинвазивном прототипе операционной холецистостомии — пункции желчного пузыря и микрохолецистостомии под контролем лапароскопии. Эта методика, позволяя быстро санировать воспалительный очаг в желчном пузыре, оказалась лишенной одного

из основных недостатков хирургической холецистостомии—травматичности вмешательства. Это обстоятельство делает ее приемлемой для лечения острого холецистита у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Впервые о возможности пункции желчного пузыря при лапароскопии сообщил в 1935 году Н. Kalk, а в 1955 Rosenbaum первым выполнил транспеченочную пункцию желчного пузыря с лечебной и диагностической целью. Использование лапароскопической пункции желчного пузыря позволило более чем в 3 раза сократить число вынужденных и неотложных хирургических вмешательств у больных острым холециститом [4, 5, 6, 9], а также снизить летальность у пациентов пожилого и старческого возраста до 5.3% [4, 15].

Основу механизма лечебного эффекта пункции под контролем лапароскопии составляет декомпрессия желчного пузыря и желчных путей с последующими улучшением микроциркуляции, подавлением жизнедеятельности микрофлоры, что, в конечном итоге, предупреждает дальнейшее прогрессирование деструктивного процесса в стенке желчного пузыря и купирует явления острого воспаления. Введение в процессе пункции антибиотиков широкого спектра позволяет дополнительно воздействовать на микробную обсемененность содержимого желчного пузыря. Более эффективным и, по мнению некоторых авторов, менее опасным инвазивным вмешательством под контролем лапароскопии стала микрохолецистостомия. Преимущества лапароскопической микрохолецистостомии перед однократной санационной пункцией желчного пузыря состоят в следующем:

1. Постоянно функционирующий дренаж желчного пузыря позволяет добиться стихания острого воспалительного процесса даже в тех случаях, когда однократная пункция, включая внутриводостное введение антибиотиков, оказывается неэффективной.

2. Наличие катетера в желчном пузыре позволяет контролировать содержимое желчного пузыря в различные сроки после вмешательства, оценивая тем самым динамику явлений острого воспаления желчного пузыря.

3. Введение контрастного вещества по микрохолецистостоме и последующее рентгеновское исследование позволяют выявить наличие холелитиаза и, при необходимости, определить причину механической желтухи.

4. Микрохолецистостома может быть использована для подведения в полость желчного пузыря литолитических препаратов с последующим удалением через дренаж продуктов растворения желчных конкрементов.

Наряду с безусловной эффективностью методики лапароскопической микрохолецистостомии у больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом, вмешательство имеет свои противопоказания.

Во-первых, лапароскопическая микрохолецистостомия, ровно как и просто диагностическая лапароскопия требует наложения пневмоперитонеума, что представляет собой высокий риск у тяжелобольных с явлениями сердечно-легочной недостаточности.

Во-вторых, в случаях выраженного инфильтрата, спаечного процесса в зоне печени и желчного пузыря, визуализация этих органов, а следовательно и лапароскопическая микрохолецистостомия, становятся невозможными. Аналогичные трудности возникают при внутриводостном расположении желчного пузыря и значительным нависанием печени над ним.

В-третьих, противопоказанием к лапароскопической микрохолецистостомии является высокое стояние печени относительно реберной дуги [14].

Появление в арсенале диагностических мероприятий ультразвукового исследования с использованием аппаратов с серой шкалой, работающих в реальном масштабе времени, резко изменило не только диагностику заболеваний желчевыводящих путей, но и дало толчок к развитию нового направления — ультразвуковой диапневтике, т.е. выполнению лечебных чрескожных вмешательств под контролем сонографии. Указанная методика, разработанная еще в 70-х годах, к сожалению, не нашла широкого применения в отечественных хирургических клиниках в связи с отсутствием необходимой аппаратуры. Тем не менее, в настоящее время имеются многочисленные сведения об эффективности этих малотравматичных манипуляций при многих заболеваниях органов брюшной полости, в том числе и при остром холецистите. Среди этих вмешательств чрескожная

микрохолецистостомия занимает, пожалуй, одно из ведущих мест. Прежде, чем обсуждать достоинства и недостатки микрохолецистостомии, выполняемой под контролем ультразвукового сканирования, следует обратить внимание на необходимость владения диагностической частью этой манипуляции, которая требует хорошего знания ультразвуковой семиотики заболеваний печени и желчевыводящих путей.

Для решения вопроса о показаниях и возможности выполнения инвазивного вмешательства под контролем сонографии на желчном пузыре перед врачом ультразвуковой диагностики стоит задача не только установления правильного диагноза и определения вида острого холецистита (калькулезный или бескаменный). Принципиальным в этой связи является и выявление анатомических взаимоотношений желчного пузыря и паренхимы печени. Существуют варианты неинтимного прилегания верхней стенки желчного пузыря с нижней поверхностью печени, подобная ситуация иногда характеризуется как наличие "брыжеечки" у желчного пузыря. Очевидно, что в этом случае нельзя говорить о транспеченочной пункции желчного пузыря или микрохолецистостомии и рассчитывать на герметизацию пункционного канала тканью печени. Второе, на что следует обращать пристальное внимание - это состояние полости желчного пузыря. Часть полости органа, заполненного жидкостным содержимым должна быть достаточной для размещения в ней концевого отрезка катетера и фиксирующего приспособления при планируемом дренировании желчного пузыря. Таким образом, при желчном пузыре малых размеров, равно как и при увеличенном органе, но просвет которого полностью заполнен конкрементами, выполнение микрохолецистостомии становится технически невозможным. Риск проведения чрескожных манипуляций под контролем ультразвукового сканирования существенно повышается и при выраженных деформациях желчного пузыря, вызванных, как правило, спаечным процессом на фоне ранее перенесенных частых воспалений билиопанкреатодуоденальной зоны и операций. Третье, не менее важное обстоятельство — это качество ультразвуковой визуализации зоны предполагаемого инвазивного вмешательства. Манипуляция под контролем сонографии может быть безопасной только при четкой видимости пункционного или дренажного инструмента, органа-мишени и рядом расположенных органов и структур. На практике нарушение визуализации при ультрасонографии (УС) обычно бывает связано с некачественной подготовкой больного, наличия в плоскости сканирования органов заполненных газом и костных образований.

Для выполнения инвазивного вмешательства под контролем УС необходимы ультразвуковое сканирующее устройство, оснащенное пункционным датчиком и специальные пункционные иглы или стилет-катетеры. Операционные аппараты УС должны обеспечивать изображение внутренних органов в двухмерном измерении и работать в реальном масштабе времени (В-сканеры). Только в этом случае возможно визуализировать патологические структуры, определять их соотношение с поверхностью кожи и измерять расстояние от последней до "зоны интереса", вычислять угол наклона траектории пункции, проводить динамическое наблюдение за манипуляцией [7, 10, II]. Практически все телемониторы ультразвуковых сканирующих устройств последнего поколения оснащены специальными маркерами для наведения инструмента при пункции. Маркерная линия, или матрица, представляет собой косую пунктирную линию (рис. 1), автоматически наносимую на экран и задающую траекторию пункции [10, 14]. На датчике аппарата укреплен съемный адаптер, позволяющий изменять угол наклона иглы в плоскости сканирования. Перед вмешательством в адаптер вставляют вкладыш, в котором имеется направляющий канал, соответствующий диаметру иглы или стилет-катетера, выбранными для манипуляции [7, 10].

Главное условие выполнения инвазивного вмешательства под контролем УС-визуализация кончика иглы в ходе операции, что предохраняет от ранения внутренние органы и крупные сосудистые структуры и обуславливает направленность и безопасность пункции.

Инвазивные вмешательства под контролем УС, равно как и под эндоскопическим контролем при остром холецистите, представляют собой два основных вида манипуляций:

- 1) пункция желчного пузыря;
- 2) чрескожная микрохолецистостомия.

Показания к инвазивным вмешательствам под контролем УС на желчном пузыре аналогичны таковым, выполняющимся во время лапароскопии. В то же время ультразвуковые манипуляции

значительно легче переносятся тяжелобольными, менее травматичны и требуют для своего выполнения меньше времени, что в ряде случаев позволяет применять их у нетранспортабельных больных прямо в палате.

В большинстве случаев дренирование желчного пузыря под контролем УС проводится через участок паренхимы печени - чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия - с целью герметизации канала и профилактики подтекания желчи в свободную брюшную полость (рис. 2).

Чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию под контролем ультразвукового сканирования мы выполняли как альтернативу экстренной хирургической холецистостомии у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, обуславливающими высокий риск оперативного вмешательства. При неосложненном течении показания к микрохолецистостомии возникали при неэффективности консервативного лечения. В тех случаях, когда острому холециститу сопутствовала механическая желтуха, дренирование желчного пузыря позволяло добиться декомпрессии билиарной системы и, таким образом, разрешения желтухи. Уровень билирубина у таких больных находился в пределах 35.6-462.5 ммоль/л. Характер нозологических форм, при которых нами выполнялось чрескожное дренирование желчного пузыря под контролем ультразвукового сканирования представлен в таблице 1.



Рис. 1. Маркерная линия, определяющая направление дренирования.

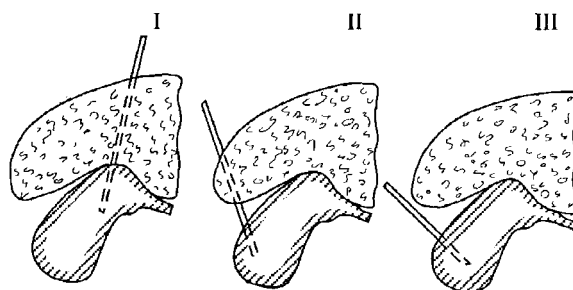


Рис. 2. Правильное (I) и неправильное (II, III) дренирование желчного пузыря

Таблица 1. Характер заболеваний и количество выполненных вмешательств у больных, перенесших чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию

№№ п. п.	Характер патологии	Кол-во больных	Кол-во вмеш.
1	ЖКБ, острый калькулезный холецистит	292	316
2	ЖКБ, острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха	46	48
3	ЖКБ, острый калькулезный холецистит, острый панкреатит, механическая желтуха	32	33
4	Острый бескаменный холецистит	20	23
	Всего	390	420

Средний возраст пациентов составил 65.3 ± 5.8 лет. Характер сопутствующих заболеваний у этих больных указан в табл. 2.

Все чрескожные вмешательства под контролем ультразвукового сканирования выполняли на аппарате Bruel & Kjer 1846 секторным датчиком, работающим в режиме 3.5 МГц со съемной пункционной приставкой. Телемонитор этого аппарата оснащен электронной матрицей для наведения траектории пункции на орган-мишень. Угол наклона, задаваемый пункционной приставкой (около 20°), а следовательно, и ход инструмента совпадают с маркерной линией на экране телемонитора.

Таблица 2. Сопутствующие заболевания у больных, перенесших чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию

Характер сопутствующих заболеваний	Количество больных
1. Ишемическая болезнь сердца	359 (92.05%)
2. Артериальная гипертония	174 (44.62%)
3. Дисциркуляторная энцефалопатия	30 (7.69%)
4. Хрон. неспециф. заболевания легких	126 (32.31%)
5. Бронхиальная астма	12 (3.07%)
6. Сахарный диабет	24 (6.15%)
7. Ожирение 3-4 степени	108 (27.69%)
Общее количество больных	390



Рис. 3. Катетеры с корзинкой и стилетом для одномоментного дренирования.

Чрескожное дренирование во всех случаях проводили одномоментным способом "зонтичным" стилет-катетером с "корзинкой" на конце (производство НПО "Экран" при ГИТО). Использовали катетеры диаметром 4F и 9F по шкале Шарьера, длиной 25 см. Конец катетера имеет конусовидное сужение, позволяющее фиксировать его на утолщении стилета. При фиксации и натяжении катетера на стилете лопасти "корзинки" распрямляются и не препятствуют проведению катетера в полость. После удаления стилета "корзинка" возвращается в исходное положение за счет "памяти" материала, что предотвращает выпадение катетера из полости (рис. 3).

Все вмешательства под контролем ультразвукового сканирования выполняли в специально оборудованном кабинете в асептических условиях.

Кожу живота больного трижды обрабатывали 3%-ным спиртовым раствором йода. В точке предполагаемой пункции выполняли местную анестезию кожи, подкожной клетчатки и мышц передней брюшной стенки, используя для этого 0.25%-ный раствор новокаина или тримекаина (с учетом лекарственной непереносимости). С целью беспрепятственного прохождения стилет-катетера кожу, подкожную клетчатку и апоневроз наружной косой мышцы живота рассекали специально изготовленным

обоюдоострым скальпелем на 1-1.5 см.

Дренирование желчного пузыря осуществляли одним плавным движением при задержке дыхания, контролируя положение дистального конца стилет-катетера по монитору ультразвукового аппарата. После того, как "корзинка" дренажа оказывалась в просвете желчного пузыря, дальнейшее продвижение инструмента прекращали и, удерживая в этом положении катетер, удаляли стилет. Дренаж фиксировали к коже двумя шелковыми или капроновыми швами.

22 больным, у которых объем желчного пузыря превышал 120-150 мл, мы выполнили его дренирование двумя дренажами.

Точку для пункции желчного пузыря выбирали индивидуально, что связано с вариабельностью его расположения, а также с наличием или отсутствием увеличения печени. У большинства больных вмешательство удавалось выполнить из точки по средней ключичной линии тотчас ниже реберной дуги. 102 больным микрохолецистостомия произведена из межреберного доступа, последний, согласно нашему опыту, менее желателен ввиду узости акустического окна, ограниченной подвижности иглы или стилет-катетера и опасности ранения межреберной артерии. Чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию проводили через участок печени в проекции желчного пузыря, отступя 1—2 см от ее края. В этом случае трасса вмешательства проходит в наиболее расширенную зону желчного пузыря между телом и дном. При выборе точки для манипуляции необходимо проверить правильность выбранной траектории на продольном и поперечном ультразвуковом сечении желчного пузыря. Это связано с вариабельностью прикрепл-

ления задней стенки желчного пузыря к печени. Если пузырь сращен с печенью лишь тонкой полоской своей задней стенки, а выбор траектории проводится только на продольном срезе, стилет-катетер, пройдя печень, войдет в стенку желчного пузыря, не сращенную с печенью. В результате может произойти подтекание содержимого желчного пузыря в брюшную полость. Угроза аналогичного осложнения имеет место и при нечреспеченочном доступе к желчному пузырю. Варианты прикрепления желчного пузыря и оптимальная траектория для пункции могут быть оценены по поперечному срезу пузыря. При этом траектория пункции должна точно целить окружность поперечного среза желчного пузыря пополам.

Пункционный датчик устанавливали так, чтобы плоскость сканирования проходила одновременно через паренхиму печени и максимальный продольный срез желчного пузыря.

После выполнения микрохолецистостомии содержимое желчного пузыря полностью эвакуировали, полость его промывали физиологическим раствором до чистого отделяемого и дренаж удлиняли. Отделяемое по дренажу оценивали визуальным и направляли на бактериологическое исследование. Полноту опорожнения полости желчного пузыря контролировали эхографически. При адекватно функционирующем катетере просвет органа при ультразвуковом исследовании не визуализируется (рис. 4). Катетер 2-3 раза в сутки промывали 20-30 мл физиологического раствора во избежание закупорки. При наличии двух дренажей налаживали приточно-отточную систему и постоянно промывали полость раствором антисептика со скоростью 20-40 капель в минуту.

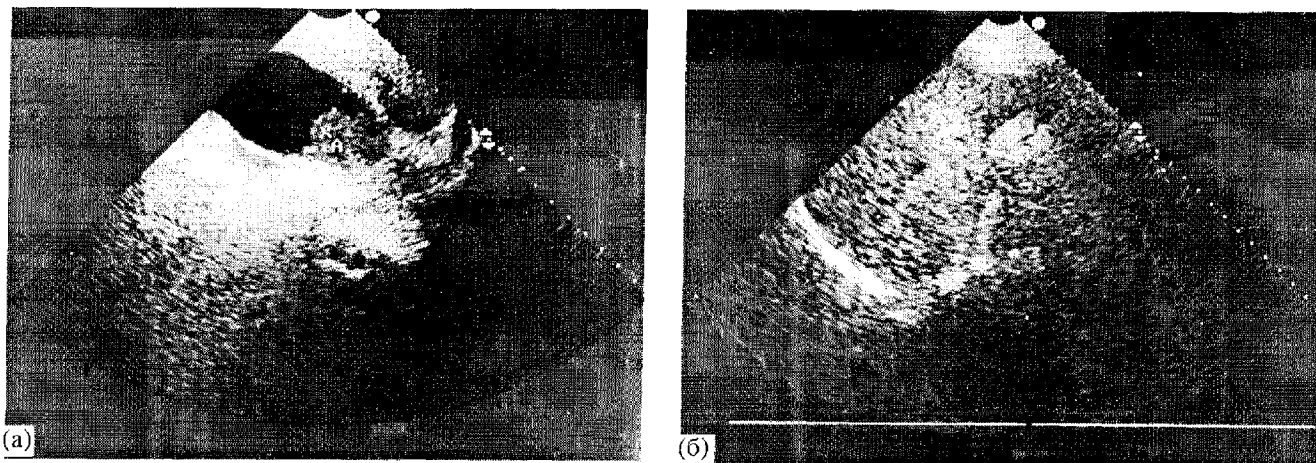


Рис. 4. Сонограмма желчного пузыря до (а) и после (б) дренирования.

У всех больных острым холециститом после выполнения им микрохолецистостомии болевой синдром был купирован сразу после дренирования и аспирации содержимого. Средний объем содержимого желчного пузыря составил 126.7 ± 5.4 мл. У большинства (53.8%) содержимым желчного пузыря явился гной, у остальных - гноевидная желчь с примесью фибрина, мутная желчь или слизеобразная жидкость. При посеве содержимого у 69.9% больных выявлена кишечная флора (*E. coli*, *Enterococcus*, *Enterobacter*).

У всех больных в течение 1-3 дней после микрохолецистостомии снизилась температура тела, нормализовались анализы крови.

При обтурационном холецистите камень, обтурировавший шейку желчного пузыря, через некоторое время отходил в его просвет, после чего по дренажу отмечено активное поступление желчи. У 39 больных течение острого холецистита было осложнено перипузырным абсцессом. Вмешательствам под контролем ультразвука по поводу перипузырных гнойных полостей как правило предшествовали чрескожные санационные манипуляции на желчном пузыре, в ходе которых, в основном, и определялась дальнейшая тактика. У 6 больных адекватное дренирование желчного пузыря позволило санировать перипузырные гнойники без дополнительных вмешательств (рис. 5). 10 больным в связи с малыми размерами околопузырных гнойников мы предпочли выполнить од-

нократную санационную пункцию полости абсцесса под контролем ультразвукового сканирования, причем 3 больным потребовались повторные пункции. В 20 наблюдениях непосредственно после чрескожной микрохолецистостомии выполняли чрескожное дренирование гнойных полостей.

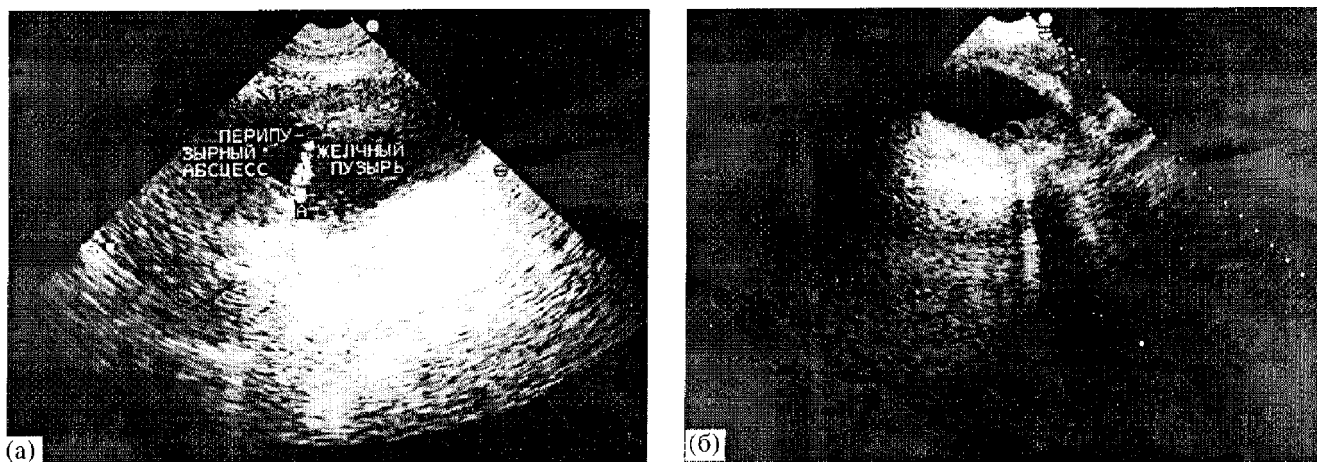


Рис. 5. Сонограмма перипузырного абсцесса до (а) и после (б) дренирования.

Наружное дренирование желчного пузыря позволяло осуществлять не только лечебные, но и диагностические мероприятия, в частности, выполнение рентгенологической фистулографии давало возможность получить информацию о внутриполостных включениях, состоянии внутри- и внепеченочных желчных протоков и определить причину механической желтухи (рис. 6). Оптимальным сроком для выполнения фистулографии у больных, перенесших чрескожное дренирование желчного пузыря, мы считаем 4-5 суток после манипуляции. Однако в тех наблюдениях, когда в процессе микрохолецистостомии возникали какие-либо сомнения или осложнения, проконтролировать положение катетера рентгенологически необходимо сразу же после выполнения вмешательства.

Ускорить санацию желчного пузыря при наличии наружного катетера можно, применяя внутр-риполостное облучение органа низкоинтенсивным лазером через световод. Нами с успехом применялась оригинальная методика биопсии слизистой оболочки желчного пузыря через дренаж и изучение титра микробной обсемененности содержимого, позволяющие оценивать динамику воспалительного процесса.

Для всех 20 больных острым бескаменным холециститом микрохолецистостомия под контролем ультрасонографии явилась окончательным методом лечения и эти пациенты выписаны на амбулаторное наблюдение без операции. В 3 наблюдениях, в связи с ранним выпадением дренажа, потребовалось повторное выполнение чрескожного дренирования желчного пузыря. Летальных исходов в этой группе больных не было.

Из 292 больных, которым микрохолецистостомия выполнена по поводу острого калькулезного холецистита, у 142 дренаж желчного пузыря удален на 8-17 суток (в среднем - 12.8 ± 0.44 суток) после вмешательства. Эти больные выписаны на амбулаторное лечение без операции, т.к. последняя была сопряжена с высокой степенью операционного риска даже в "холодном" периоде



Рис. 6. Фистулохолацтиограмма. Камень в дистальном отделе общего желчного протока.

заболевания. Впоследствии 5 из этих пациентов вновь поступали в нашу клинику в сроки от 2 месяцев до 1.5 лет с картиной острого воспаления желчного пузыря. Ввиду множества сопутствующих заболеваний все они вновь подвергнуты чрескожной микрохолецистостомии и после разрешения явлений острого воспаления выписаны из стационара без операции.

21 больной острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой также из-за тяжести сопутствующих заболеваний не оперирован по стихании острых явлений. У этих пациентов выписке предшествовала эндоскопическая папиллосфинктеротомия. 8 больных выписаны на амбулаторное наблюдение с дренажем желчного пузыря, выполнить им папиллосфинктеротомию не удалось в связи с большими размерами конкрементов или анатомическими аномалиями двенадцатиперстной кишки и большого дуоденального соска. До настоящего времени эти больные за медицинской помощью в нашу клинику не обращались. В группе больных, которым не выполнялась хирургическая операция, умерло 6 человек при нарастающих явлениях интоксикации и сердечно-легочной недостаточности, таким образом летальность составила 3.68%.

Для 150 больных острым неосложненным калькулезным холециститом чрескожная микрохолецистостомия явилась первым этапом лечения, после купирования приступа им выполнена отсроченная радикальная операция - холецистэктомия. Средняя продолжительность дренирования у этих больных составила 14.4 ± 0.53 суток, катетер из желчного пузыря удаляли только в день операции во избежание рецидива заболевания. 17 больных острым калькулезным холециститом, холедохолитиазом, осложненным механической желтухой также оперированы после стихания острых воспалительных явлений в желчном пузыре и разрешения желтухи. У 10 из них холецистэктомия дополнена холедохолитотомией и у 7 пациентов - холедохоеюноанастомозом. Послеоперационная летальность в группе составила 4 человека (2.39%). Эффективность двухэтапного лечения характеризуется таблицей 3.

Таблица 3. Основные показатели эффективности применения двухэтапного лечения острого холецистита и его осложнений

Показатель	Микрохолецистостомия + операция	Одноэтапное хирургическое лечение
1. Средний койко-день (сут)	34.3	45.6
2. Послеоперац. осложнения (%)	18.5	51.9
3. Летальность (%)	2.4	6.2
4. Общее кол-во больных	179	244

Таблица 4. Характер и количество осложнений при чрескожной микрохолецистостомии

Характер осложнений	Количество больных
1. Преждевременное выпадение дренажа	45 (10.71%)
2. Нагноение раны (канала по ходу дренажа)	32 (7.62%)
3. Подтекание содержимого мимо дренажа (желчеистечение)	19 (4.52%)
4. Повреждение обеих стенок желчного пузыря (желчеистечение)	26 (6.19%)
Всего осложнений	122 (29.05%)

В группе больных острым калькулезным холециститом, острым панкреатитом и механической желтухой пассаж желчи был восстановлен в результате проведения консервативной терапии. 12 пациентов этой группы впоследствии подвергнуты холецистэктомии. Остальные больные выписаны на амбулаторное наблюдение после купирования острого воспаления и удаления дренажа желчного пузыря. Летальных исходов не было.

У 32 больных при наличии показаний к микрохолецистостомии под контролем ультразвукового сканирования мы все же воздержались от выполнения вмешательства, в связи с выраженной деформацией желчного пузыря или наличием у него "брыжейки", что, безусловно, значительно повышало риск дренирования. Этим больным произведена экстренная хирургическая холецистостомия.

К сожалению, описываемая методика чрескожной микрохолецистостомии не лишена ряда возможных осложнений, некоторые из которых требуют экстренного хирургического вмешательства. Характер и количество осложнений, встретившихся в нашей практике при дренировании желчного пузыря под контролем ультразвукографии, представлены в таблице 4.

Наиболее частым из осложнений чрескожных дренирований под контролем ультразвукового сканирования явилось преждевременное выпадение катетера из желчного пузыря. При этом чаще всего конец дренажа оставался в пункционном канале. Это осложнение клинически выявлялось по резкому уменьшению или полному прекращению поступления содержимого и подтверждалось контрастной рентгенографией. Ни в одном случае преждевременного выпадения катетера из желчного пузыря не возникло показания к хирургическому лечению. Указанное осложнение возникало в сроки от 3 до 7 суток после вмешательства.

Нагноение раны в области стояния дренажа, как правило, не представляло серьезной опасности.

Гораздо более грозное осложнение возникало при истечении содержимого желчного пузыря в свободную брюшную полость. Причем повреждение нижней стенки желчного пузыря в момент чрескожного вмешательства выявлялось сразу же в процессе манипуляции по характерной клинической картине. У больного появлялись резкие боли по ходу правого латерального канала, беспокойство, тошнота, позывы на рвоту и другие реакции, свидетельствующие о раздражении брюшины. Диагноз подтверждали экстренной фистулографией. Все осложнения, связанные с попаданием содержимого желчного пузыря в брюшную полость, потребовали выполнения срочной операции.

Анализ накопленного опыта позволил нам сделать некоторые выводы.

Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия у больных, острым деструктивным холециститом, не сопровождающимся перитонитом, является малотравматичным эквивалентом операционной холецистостомии и способствует быстрому купированию острого воспалительного процесса в желчном пузыре, а при обтурации внепеченочных желчных протоков — разрешению механической желтухи.

Применение методики двухэтапного лечения острого холецистита, в основном у гериатрических больных, с использованием в качестве первого этапа микрохолецистостомии под контролем ультразвукового сканирования, позволило значительно снизить летальность и частоту послеоперационных осложнений (более чем в 2.5 раза). Наиболее существенно удалось сократить количество гнойно-воспалительных осложнений. Указанная закономерность находит вполне очевидное объяснение: фактически радикальная операция выполняется в условиях стихшего воспаления и после соответствующей подготовки больного, т.е. в так называемом "холодном" периоде. Для больных острым бескаменным холециститом чрескожная микрохолецистостомия является окончательным способом лечения и выполняется вне зависимости от степени операционного риска.

Список литературы

1. *Вишневский А.А., Гришкевич Э.В.* Актуальные вопросы хирургии острого холецистита // Сов. медицина. 1968. № 7. С. 36-42.
2. *Гальперин Э.И.* О тактике лечения острого холецистита // Хирургия. 1983. № II. С. 114-116.
3. *Дедерер Ю.М., Устинов Г.Г.* Проблема лечения острого холецистита // Хирургия. 1983. № II. С. 110-114.
4. *Дедерер Ю.М., Устинов Г.Г., Прохоров В.И., Кочура В.И.* Эндоскопические операции и манипуляции в лечении желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста. Матер. к VI Всерос. съезду хирургов. Воронеж, 1983. С. 17-18.
5. *Крук И.Н.* О сроках оперативного вмешательства при остром холецистите // Хирургия. 1986. № 2. С. 91-93.
6. *Кулиев Ш.Б., Исаев Г.Б.* Дискуссионные вопросы хирургической тактики при остром холецистите // Хирургия. 1990. № 10. С. 29-33.
7. *Лупальцев В.И., Дехтярук И.А., Кутафин Ю.Н., Гладких Б.Е.* Хирургическое лечение больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом // Клин. хирургия. 1993. № 3. С. 17-19.

8. Пиковский Д.Л., Гольдбрайт В.А. Первичный острый обтурационный холецистит и его лечение // Хирургия. 1984. № 2. С. 22-24.
9. Полянский В.А., Карбовницкая Л.П., Лищенко А.Н. Хирургическая тактика у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия. 1988. № 9. С. 33-36.
10. Стручков В.И. Проблема острого холецистита // Вести, хир. 1977. № 7. С. 5-11.
11. Стручков В. И., Лохвицкий С. В. Мисник В.И. Острый холецистит в пожилом и старческом возрасте. М.: Медицина, 1978. 183 с.
12. Сухарев В.Ф. Эволюция хирургической тактики при остром холецистите (Хирургия острого холецистита и панкреатита. Сборник научных трудов). Ленинград, 1990. С. 26-31.
13. Ульянов Ю.Н. Результаты хирургического лечения острого холецистита у больных с высокой степенью операционного риска (Хирургия острого холецистита и панкреатита. Сборник научных трудов) Ленинград, 1990, С.31-35.
14. Цыберне К.А., Барган М.А., Падука К.А. и др. Эволюция хирургической тактики при камнях желчных протоков // Хирургия. 1988. № 9. С. 66-68.
15. Glenn F., Dillon L.D. Developing Trends in Acute Cholecystitis and Choledocholithiasis // Surg. Gynecol. Obstet. 1981. Vol. 150. №4. P. 12-21.
16. Jonson JB. The Importance of Early Diagnosis of Acute Acalculous Cholecystitis // Surg. Gynecol. Obstet. 1987. V. 164. № 3. P. 197-203.
17. Penschuk C., Jung H.H., Fernandez-Laser C. Stellenwert der Sofortoperation des acuten Cholesystitis // Zbl. Chir. 1988. Bd. 113. № 13. P. 837-845.
18. Regos G., Szentleleki K. Az idos korban vegzewtt muteti beavatkozasok rizikofaktorai. Vezefunkcio valtozasok. //Mag. Sebes. 1983. V. 36. № 2. P. 75-78.
19. Sandor J., Regoly-Merei I., Dubees S. et al. Improved Survival After Postoperative Acute Acalculous Cholecystitis. The 33-rd World Congress of Surgery. Abstract book. Toronto. Canada. Sep. 10-16. 1989. P. 36.
20. Wetie T. Age as a Risk Factor for Inadequate Treatment // G. Arner. Med. Ass. 1987. V. 258 № 4. P 516-518.