

ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Выбор хирургического лечения острого холецистита у больных с повышенным операционным риском

Ш. И. Каримов,
В. Л. Ким,
М. Ш. Хакимов,
Ш. Т. Холтамов,
С. П. Боровский*

Кафедра факультетской
и госпитальной хирургии
II Ташкентского государственного
медицинского института

Аналізу подвергнуты результаты обследования и хирургического лечения 105 больных с острым обтурационным калькулезным холециститом. Все больные были разделены на две группы: контрольную – 47 больных (открытое оперативное вмешательство) и основную – 58 пациентов (малоинвазивное вмешательство).

В контрольной группе применялась активно-выжидательная тактика, принятая по отношению к больным, которым производились одноэтапные открытые оперативные вмешательства.

В основной группе лечение было этапным. Первоначально ликвидировали внутрипузырную гипертензию, интоксикацию, одновременно проводили коррекцию сопутствующих заболеваний. Это достигалось путем использования чрескожной чреспеченочной холецистостомии. Вторым этапом выполняли радикальную операцию. У 27 больных чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХцС) явилась первым этапом лечения. После коррекции сопутствующих заболеваний, через 1–1.5 мес., им выполнено 25 лапароскопических холецистэктомий и 2 открытые операции. У остальных больных с тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации ЧЧХцС явилась окончательным видом лечения острого холецистита.

Сочетанное использование таких методов как, ЧЧХцС, эндоскопические ретроградные и чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства, благодаря их малой травматичности и адекватности позволило уменьшить частоту осложнений после открытых операций с 21.8 до 8.9% и свести летальность к нулю.

Opportunities of Minimally Invasive Methods in Management of Acute Cholecystitis in the High Surgical Risk Patients

Sh. I. Karimov,
V. L. Kim,
M. Sh. Hakimov,
Sh. T. Holmatov,
S. P. Borovsky

The Tashkent State II-Medical
Institute

The results of medical examination and surgical treatment of 102 high surgical risk acute cholecystitis patients are analyzed. All patients were distributed into two groups: control (45 patients subjected to the open surgical intervention) and main (57 patients, subjected to minimally invasive methods).

In the control group active-wait tactics of one step open surgical intervention was accepted.

In the main group the treatment consisted of several steps. Originally the intracystic hypertension and accompanied intoxication was resolved by means of percutaneous transhepatic cholecystostomy (TTC). Simultaneously correction of accompanying disorders was carried out. As the second step ordinary surgery was carried out.

In 27 patients TTC was the first step of treatment. After correction of an accompanying pathology in 1–1.5 months 25 laparoscopic and 2 open cholecystectomies were provided. In remaining patients with severe somatic pathology TTC appeared to be a final palliative treatment of acute cholecystitis.

Due to minimally traumatism and adequacy TTC allowed to reduce the ordinary surgical morbidity from 21.8% up to 8.9%, and mortality rate – to zero.

Введение

Холелитиаз является типичным заболеванием цивилизованного общества и одной из центральных проблем современной гастроэнтерологии. В последние десятилетия желчнокаменная болезнь (ЖКБ) активно конкурирует по распространен-

ности с другими заболеваниями органов пищеварения [1, 3, 4].

Пациенты с острым калькулезным холециститом (ОКХ) составляют от 10 до 20% общего числа больных с острыми хирургическими заболеваниями, причем прослеживается определенная тенденция к “старению” этого заболевания. Возрастающие доли пожилых больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями является основной причиной неудовлетворительных результатов оперативного лечения острого холецистита. По-

*Редколлегия считает необходимым при подготовке к публикации клинического материала пользоваться принятыми в зарубежной и отечественной практике апробированными системами САПС, АПАЧИ, ПОН и т.д. при оценке тяжести, состояния больных.

Таблица 1. Структура и частота сопутствующих заболеваний (соматические факторы риска)

Сопутствующие заболевания	Контрольная группа	Основная группа	Всего
Артериальная гипертензия	19 (40.4)	23 (39.6)	42 (40.0)
Ишемическая болезнь сердца	17 (36.1)	20 (34.4)	37 (35.2)
Ожирение	13 (27.6)	16 (27.5)	29 (27.6)
Сахарный диабет	1 (2.1)	2 (3.4)	3 (2.8)
Хронические неспецифические заболевания легких	5 (10.6)	6 (10.3)	11 (10.4)
Заболевания мочевыделительной системы	2 (4.2)	3 (5.1)	5 (4.7)
Облитерирующие поражения артерий	0 (0)	1 (1.7)	1 (0.9)

Примечание: в скобках – показатели в процентах.

слеоперационная летальность при этом составляет в среднем 2–4%, а в старших возрастных группах достигает 11% и более [2, 5].

Если в группе больных молодого возраста, с непродолжительным анамнезом заболевания, не отягощенных тяжелыми сопутствующими заболеваниями, вопросы хирургической тактики можно считать в достаточной степени решенными, то для больных с высоким операционным риском и сроки, и показания, и характер операции нуждаются в дальнейших разработках.

Результаты использования предлагаемых методов щадящих операций – различных способов холецистостомии [3–5] – еще не могут удовлетворить клиницистов. Остается высоким показатель специфических осложнений. Эти методы не могут считаться радикальными в лечении холецистита.

Таким образом, проблема лечения острого холецистита у больных с повышенным риском операции остается актуальной, окончательно не решена и, безусловно, требует дальнейших исследований.

Весьма важна при этом дооперационная оценка степени тяжести состояния больных пожилого и старческого возраста, страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями, в плане определения оптимальной тактики лечения острого холецистита с целью снижения послеоперационных осложнений и летальности.

Материал и методы

Изучены результаты обследования и хирургических вмешательств у 105 больных с ОКХ пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями и повышенным операционным риском, находившихся на лечении в клинике госпитальной и факультетской хирургии II Ташкентского медицинского института. Возраст больных колеблется от 61 года до 84 лет. Все больные были разделены на две группы: контрольную (47 больных, которым произведено открытое опера-

тивное вмешательство, и основную – 58 пациентов, которым выполнено малоинвазивное вмешательство).

Длительность заболевания, характер его проявления, сопутствующие заболевания в сравниваемых группах достоверно не различались. Из всего количества лишь 22.8% поступили в течение первых суток с момента обострения, остальные доставлены в более поздние сроки, причем 31.4% пациентов до поступления проводился курс амбулаторного лечения. Преклонный возраст и поздняя госпитализация предопределили преобладание деструктивных форм острого холецистита (57.1%).

Анализ наших наблюдений показал, что у большинства больных пожилого и старческого возраста имелись тяжелые осложнения, свидетельствующие о длительном течении болезни. Так, у 66 (62.3%) наблюдавшихся нами больных ОКХ сочетался с другими осложнениями (одним и более) ЖКБ. Это были парапузырный абсцесс (19, или 18.1%), холангит (11, или 10.4%), холедохолитиаз, (7, или 6.6%), механическая желтуха (3, или 2.8%), билиарный панкреатит (6, или 5.7%), стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (2, или 1.9%). В 10 (9.5%) наблюдениях имелись изменения печени в виде хронического гепатита (10, или 9.5%).

Сопутствующие заболевания отмечены у всех больных контрольной или основной групп, причем 39.0% имели два заболевания, 28.5% – три и более. Заболевания сердечно-сосудистой системы вследствие тяжести носили ведущий характер среди всех сопутствующих заболеваний. Наиболее распространенными в обеих группах были артериальная гипертензия (42, или 40.0%), ишемическая болезнь сердца (37, или 35.2%) и ожирение (29, или 27.6%) (табл. 1).

Сопутствующие заболевания к моменту приступа острого холецистита или вследствие него имели декомпенсированный характер у 41 больного контрольной и у 49 больных основной группы.

Результаты и обсуждение

До внедрения малоинвазивных методов в первой группе применяли активно-выжидательную тактику, т.е. при отсутствии перитонита в течение 3 сут (72 ч) проводили интенсивное консервативное лечение. При отсутствии эффекта последнего и прогрессировании приступа выполняли операцию.

Хирургические вмешательства при ОКХ в контрольной группе представлены в табл. 2.

Длительность операции в контрольной группе составила 3.1 ± 0.8 ч, продолжительность нахождения в стационаре – 16.9 ± 4.8 дня. Хирургические вмешательства протекали с техническими трудностями из-за выраженных воспалительно-инфильтративных и рубцовых изменений в гепатопанкреатодуоденальной зоне.

В послеоперационном периоде возникло 90 различных осложнений у 41 больного, т.е. у 87.2% больных из общего числа пациентов (47) с высоким операционным риском и в 20.5% от количества выполненных 200 открытых операций (табл. 3).

Кроме того, в этой группе имелись следующие осложнения хирургического характера: кровотечение в брюшную полость (2), острый панкреатит (5), несостоятельность культи пузырного протока (1), ограниченный желчный перитонит (2), желчный свищ (5), механическая желтуха (1), абсцесс брюшной полости (1), нагноение послеоперационной раны (13), серома (5), резидуальный холедохолитиаз (2).

В одном наблюдении возникла необходимость в релапаротомии вследствие внутрибрюшного кровотечения из рассеченных спаек в подпеченочной области. Выполнены 4 чрескожные чреспеченочные пункции по поводу несостоятельности культи пузырного протока, ограниченного желчного перитонита, подпеченочного абсцесса. Наложены 2 холангиостомы из-за резидуального холедохолитиаза и механической желтухи. Одному больному произведена дистанционная холедохолитотрипсия.

Отмечено 3 (2.8%) летальных исхода вследствие острого инфаркта миокарда (1), ОПН (1), полиорганной недостаточности (1).

Поиски возможных путей улучшения результатов хирургического лечения побудили нас выявить основные причины осложнений и летальности. Прогнозирование результата оперативного вмешательства по полученным параметрам позволило бы предвидеть неблагоприятные исходы, принять меры профилактики и идентифицировать тот начальный уровень, который можно считать опасным или безопасным.

Нами разработана клиническая шкала, позволяющая определять степень тяжести состояния больных в баллах. Проводился компьютерный интегральный анализ. При этом минимальное количество баллов отражает состояние больного, приближенное к удовлетворительному (табл. 4).

Таблица 2. Виды операций

Операции	Число больных	
	абс.	%
Холецистэктомия	37	78.7
Холецистэктомия + холангиостомия	5	10.6
Холецистэктомия + холедохолитотомия	1	2.1
ЧЧХС + холецистэктомия + холедохолитотомия	1	2.1
ЧЧХС + холецистэктомия + холедохолитотомия + ХДА	2	4.3
ЧЧХС + холецистэктомия + ТДПСР	1	2.1

Примечание: ЧЧХС – чрескожная чреспеченочная холангиостомия; ХДА – холедоходуоденоанастомоз; ТДПСР – трансдуоденальная папиллосфинктеропластика.

Таблица 3. Характер и частота осложнений в контрольной группе

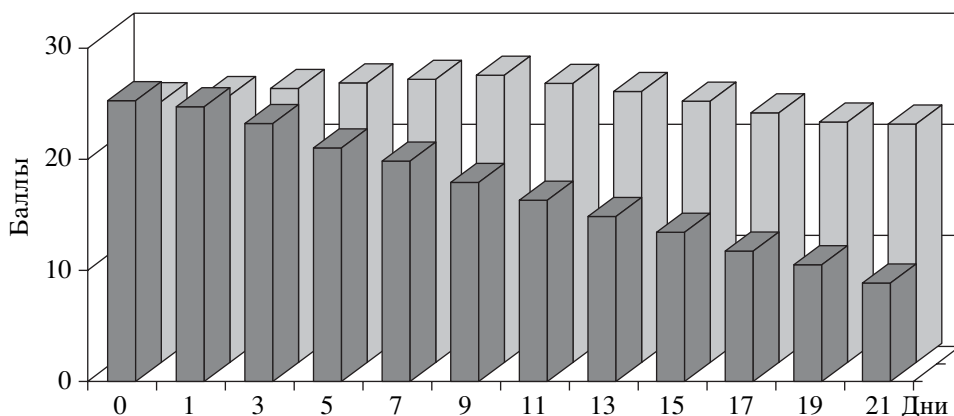
Характер осложнений	Число осложнений	
	абс.	%
Острый инфаркт миокарда	4	8.5
Гипертонический криз	8	17.0
Послеоперационная пневмония	6	12.8
Печеночная недостаточность	4	8.5
ОПН	3	6.4
Декомпенсация сахарного диабета	2	4.3
Психоз	1	2.1
Полиорганная недостаточность	2	4.3
Полиаллергия	2	4.3
Диарея	2	4.3

Таблица 4. Тяжесть состояния больных (в баллах)

Система	Основная группа	Контрольная группа
Эндокринная	27.3 ± 0.5	20.1 ± 3.6
Сердечно-сосудистая	26.9 ± 2.0	26.2 ± 3.0
Дыхательная	23.1 ± 2.1	26.6 ± 3.1
Мочеполовая	24.6 ± 3.4	23.2 ± 4.0
Общее состояние	25.2 ± 2.2	23.1 ± 3.3

Выявлено, что осложнения возникли у тех пациентов контрольной группы, общее состояние которых оценено в 20 баллов и выше.

Как видно из табл. 4, исходное состояние больных в сравниваемых группах сопоставимо без до-



Динамика общего состояния больных контрольной (□) и основной (■) групп.

стоверной разницы с учетом этого обстоятельства и сравнительно большого процента неудовлетворительных результатов в контрольной группе хирургическая тактика по отношению к пациентам следующей группы была изменена.

Главными моментами, провоцирующими развитие различных осложнений и в первую очередь сердечно-легочных нарушений, были некупированные воспалительные изменения желчного пузыря. При этом важно первоначально ликвидировать внутрипузырную гипертензию, интоксикацию, одновременно провести коррекцию сопутствующих заболеваний. В связи с этим применена тактика этапного лечения.

На первом этапе мы предпочли использовать чрескожную чреспеченочную холецистостомию (ЧЧХцС), так как при этом в противовес лапароскопическому вмешательству исключаются отрицательные воздействия пневмоперитонеума и наркоза.

Таким образом, показанием к выполнению ЧЧХцС явился острый прогрессирующий холецистит у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска, общее состояние которых, согласно разработанной шкале, оценивалось в 20 баллов и выше.

Чрескожную чреспеченочную холецистостомию накладывали в операционной под контролем УЗИ и рентгенотелевидения. Наряду с общими мероприятиями, коррекцией сопутствующих заболеваний выполняли санацию желчного пузыря фурацилином, диоксидином, гипохлоритом натрия.

Контрольные исследования показали стихание острых воспалительных явлений, исчезновение интоксикации, восстановление функций основных органов и систем организма, что нашло отражение в баллах по разработанной нами шкале (рисунок).

При сочетании острого обтурационного калькулезного холецистита и холедохолитиаза с признаками механической желтухи или панкреатита больным после ЧЧХцС выполняли другие малоинвазивные вмешательства: ретроградную панкреатикохолангиографию с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) и/или ЧЧХС.

У 27 больных ЧЧХцС явилась первым этапом лечения. После коррекции сопутствующих заболеваний, через 1–1.5 мес, им выполнены 25 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) и 2 открытые операции (табл. 5).

У остальных больных с тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации ЧЧХцС явилась окончательным видом лечения острого холецистита.

После купирования воспалительных процессов в зоне желчного пузыря у 17 больных наступило склерозирование последнего.

После ЧЧХцС у 5 (8.6%) больных наблюдали следующие осложнения: кровотечение из холецистостомы (1), остановленное консервативными мероприятиями; у 2 пациентов развитие инфильтрата после ЛХЭ в месте прокола брюшной стен-

Вид операции	Число больных	
	абс.	%
ЧЧХцС + открытая холецистэктомия	1	1.7
ЧЧХцС + ЛХЭ	15	25.9
ЧЧХС + ЧЧХцС + холецистэктомия + ХЛТ	1	1.7
ЧЧХС + ЧЧХцС + ЛХЭ	3	5.2
ЧЧХцС + ЭПСТ + ЛХЭ	5	8.6
ЧЧХцС + НБД + ЭПСТ + ЛХЭ	2	3.4
ЧЧХцС + ЭПСТ	3	5.2
ЧЧХцС	28	48.3

Примечание. ХЛТ – холедохолитотрипсия; НБД – назо-билиарное дренирование.

ки (2); выпадение катетера в сроки 28 и 37 дней после наложения ЧЧХцС (2). При контрольном УЗИ признаков деструкции желчного пузыря не выявлено. В последующем одной больной произведена ЛХЭ, у другой наступило склерозирование желчного пузыря. Летальных исходов в основной группе не отмечено.

Проведение декомпрессии желчного пузыря с его санацией, а также коррекция сопутствующих заболеваний в основной группе позволили предупредить развитие осложнений общего характера. Все осложнения в данной группе носили локальный характер.

Таким образом, комплексный подход к решению проблемы острого холецистита, в частности, внедрение дооперационной оценки степени тяжести состояния пациентов, широкое и комбинированное использование малоинвазивных методов, уменьшение числа экстренных и срочных холецистэктомий, дал возможность значительно улучшить результаты лечения ОКХ у больных пожилого и старческого возраста с повышенным операционным риском.

Выводы

1. Интегрированная оценка степени тяжести состояния больных ОКХ пожилого и старческого возраста дает возможность прогнозирования исхода оперативного лечения острого холецистита.

2. Этапное лечение с помощью комбинированного применения миниинвазивных вмешательств является оптимальной хирургической тактикой в

лечении больных ОКХ пожилого и старческого возраста с повышенным операционным риском.

3. Из всех способов декомпрессии желчного пузыря при ОКХ у больных пожилого и старческого возраста с повышенным операционным риском ЧЧХцС может стать методом выбора. Применение данного вмешательства позволило уменьшить частоту осложнений после открытых операций в 2.3 раза.

4. ЧЧХцС, холецистолитотомия, вмешательства, направленные на облитерацию просвета желчного пузыря, могут явиться окончательным видом лечения у больных с некорректируемыми тяжелыми декомпенсированными сопутствующими заболеваниями.

Список литературы

1. Алиев С.А. Особенности клиники и тактики хирургического лечения острого холецистита у больных старческого возраста // Хирургия. 1998. № 4. С. 25–29.
2. Кузнецов Н.А. Факторы операционного риска: возраст? // Хирургия. 1996. № 5. С. 74–80.
3. Кузнецов Н.А. Факторы операционного риска: сердечно-сосудистые заболевания // Хирургия. 1996. № 6. С. 93–98.
4. Сотниченко Б.А., Гончаров К.В., Перерва О.В., Макаров В.И., Дублев Г.Н. Факторы операционного риска у больных холедохолитиазом и старческого возраста // Анналы хир. гепатол. 2002. № 2. 64–69.
5. Yamakawa T. Endoscopic surgery for management of cholecystolithiasis and choledocholithiasis: basic and clinical aspects // Nippon Geka Gakkai Zasshi. 2000. № 8. P. 531–534.