

Применение миниинвазивных технологий в лечении больных с осложненным острым холециститом

В.А.КУЛИШ, А.Я.КОРОВИН, Е.Н.БАЛАКЛЕЕЦ

Application miniinvasiv technologies in treatment of patients with the complicated sharp cholecystitis

V.A.KULICH, A.Ja.KOROVIN, E.N.BALACLEETS

Кубанский государственный медицинский университет

Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 2467 пациентов. Применялась этапная лечебная тактика с использованием миниинвазивных технологий. Конверсия наблюдалась в 11(0,4%) случаях, госпитальная летальность 1,1%. Лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора у больных с деструктивным осложнённым холециститом

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, острый холецистит, холедохолитиаз, острый панкреатит

Laparoscopic cholecystectomy was conducted in 2467 patients with acute cholecystitis. All complications was managed by miniinvasiv technologies. A conversion observed in 11 (0,4%) cases, mortality stands at 1,1%. With this we can make a conclusion that at this modern stage of endosurgery a laparoscopic surgy becomes a treatment of choice for management of an acute cholecystitis.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, acute cholecystitis, choledoholitis, acute pancreatitis

Острый осложненный холецистит остается актуальной проблемой в лечении больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). У большинства больных пожилого и старческого возраста с этой патологией, помимо основного, нередко имеются сопутствующие заболевания. Механическая желтуха, гнойный холангит и острый панкреатит усугубляют общее состояние пациентов. Мультифокальная соматическая патология существенно ограничивает прогресс хирургической тактики и лечения деструктивного холецистита у этой категории больных. У большей части больных пожилого и старческого возраста наблюдается несоответствие клинических проявлений заболевания и патоморфологических изменений в стенке желчного пузыря; даже развитие перипузырных гнойных осложнений и перитонита нередко протекает асимптомно [2,3,4,5]. Наряду с обоснованным патогенетическим представлением об инициальном существовании острого обтурационного калькулезного холецистита, как пускового механизма развития деструктивного холецистита, особое значение отводится «сосудистому фактору» - когда развитие деструкции в стенке желчного пузыря происходит без присутствия ЖКБ. В этих случаях клинико-сонографическая картина деструктивного холецистита, не оставляет вариантов лечения – операция становится безальтернативной [1,2,3,4,5,6]. С учетом того факта, что у 80-85% пациентов этой категории степень операционно - анестезиологического риска по ASA достигает III-IV степени, обнадеживающим направлением является ультразвуковая диапевтика. Вместе с тем, декомпрессионные операции при

деструктивном холецистите под контролем УЗИ не отвечают требованиям радикальности и, более чем в 50% случаев, сопровождаются осложнениями. В то же время, вмешательства могут рассматриваться в качестве первого этапа миниинвазивного лечения, позволяющего стабилизировать воспалительный процесс при реальном УЗИ-мониторинге и увеличить интервал для компенсации соматической патологии и принятия решений в конкретной ситуации [4,5].

При традиционной хирургической тактике уровень послеоперационных осложнений достигает 44%, а при осложнённом течении заболевания летальность составляет 20-45,7% [1,2]. Парадоксально, но лапароскопическая холецистэктомия (ЛСХЭ), обладая определёнными преимуществами перед «открытыми» операциями, некоторыми хирургами до настоящего времени считается противопоказанной при остром холецистите. Это мнение основывается на существовании реальных технических трудностей при выполнении ЛСХЭ при остром холецистите и несовершенства методологии и технических приемов видеолапароскопической операции [1,2,7,8].

Существование нерешенных вопросов хирургической тактики, несовершенство эндохирургических технологических приемов, непопулярность миниинвазивных технологий лечения деструктивного холецистита – оставляет проблему лечения острого холецистита актуальной.

Цель – улучшить результаты лечения осложненного острого холецистита путем оптимизации технических приемов выполнения лапароскопической

холецистэктомии при деструктивном холецистите и применения комплекса миниинвазивных технологий.

Материалы и методы

В Краснодарской БСМП произведено 2467 ЛСХЭ по поводу острого холецистита и его осложнений. Все больные были госпитализированы в стационар в экстренном порядке; из них ранее 24 часов с момента заболевания – 498 (20,2%), позднее 24 часов – 1969 (79,8%). Женщин было 1481, мужчин – 986. Возраст больных – от 17 до 94 лет, (до 60 лет – 1258 (51,0%), 60-70 лет – 792 (32,1%), старше 70 лет – 417 (16,9%)). Большинство пациентов (78,8%) имели сопутствующую патологию.

Деструктивные формы острого холецистита наблюдались у 970 (39,3%) больных, из них флегмонозный холецистит – у 632 (65,2%), эмпиема желчного пузыря – у 229 (23,6%), гангренозный холецистит – у 109 (11,2%). Осложнения острого холецистита наблюдались у 617 (25,0%) больных. В 63,9% случаев осложнения представлены перивезикальным инфильтратом и абсцессами. В 20,9% наблюдений имелось сочетание с механической желтухой, в 3,5% острый холецистит осложнился ограниченным перитонитом [4]. Синдром Мириizzi наблюдали - в 1,9% случаев. Острый холепанкреатит констатирован в 1,9% наблюдений. Билио-дигестивные свищи и сочетанные осложнения ДХ 7,9% наблюдений.

Абсолютным противопоказанием к ЛСХЭ считали распространенный перитонит (В.К. Гостищев, В.П. Сажин, 1992). Всем больным выполнена ЛСХЭ.

Результаты и их обсуждение

У больных с послеоперационными рубцами после предшествующих операций в верхних отделах брюшной полости иглу Вереща вводят в точке пересечения левой реберной дуги и наружного края левой прямой мышцы живота, а также в правой и левой подвздошной областях (в зоне минимального развития спаечного процесса – согласно нашему опыту). После наложения карбоксиперитонеума в этой же точке производим троакарную пункцию и вводим лапароскоп для ревизии брюшной полости. Под визуальным контролем избирается место введения манипуляционного троакара, и после проведенного адгезиолизиса лапаропорты устанавливаются в типичных точках для выполнения ЛСХЭ. Наличие спаечного процесса после перенесенных операций в верхнем этаже брюшной полости не является противопоказанием к выполнению ЛСХЭ. Из технических особенностей здесь отмечается более частое применение электроотсоса, биполярного зажима и ножниц для препаровки тканей.

Наличие инфильтрата затрудняет визуализацию анатомических образований. В этих условиях для диссекции элементов треугольника Кало мы использовали гидропрепаровку наконечником электроотсоса. Разделение инфильтрата, особенно в области шейки желчного пузыря, с применением коагуляции является

крайне опасным и может использоваться только после визуализации и идентификации анатомических структур. Технической особенностью, используемой при работе с перивезикальным инфильтратом, является принципиальный отказ от клипирования пузырного протока. Инфильтрированные ткани легко прорезываются клипсами – как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде, что может привести к развитию нежелательных последствий – желчеистечению и кровотечению в брюшную полость. Поэтому изначально обрабатывался пузырный проток, а после его пересечения на культю протока накладывали по две петли Редера из рассасывающего шовного материала (викрил 3/0). Пузырную артерию клипировали или коагулировали. Такой вариант дает возможность достигнуть надежной окклюзии просвета трубчатых структур. При наличии плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, который не удается разделить «тупым» способом, при грубом изменении топографо-анатомических отношений элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало – выполняли ЛСХЭ в лапароскопической модификации «от дна». При этом желчный пузырь пересекали в области шейки, выделяли из ложа в печени от дна и удаляли его, а затем мобилизовали пузырный проток. В процессе выделения деструктивно измененного желчного пузыря из ложа в печени может возникнуть обильное диффузное кровотечение. В этой ситуации используем аргоно-плазменную коагуляцию, а также тампонаду кровоточащей поверхности печени гемостатической губкой. Капиллярное кровотечение в ложе пузыря, дополнительно останавливается электрокоагуляцией.

Важным этапом операции при деструктивном холецистите является рентгенодиагностика патологии внепеченочных желчных протоков. В хирургической среде нет общего мнения, какому исследованию – интраоперационной холангиографии (ИОХГ) или эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) – изначально отдавать предпочтение для выявления сочетанной с острым холециститом патологии внепеченочных желчных протоков. Недостатками ИОХГ считаются опасность перфорации общего желчного протока (ОЖП) катетером, а также трудности при интраоперационной канюляции и введении катетера через культю пузырного протока, что значительно удлиняет время операции. Дооперационное выполнение ЭРХПГ удлиняет период подготовки пациентов с острым холециститом к операции. Высокая инвазивность исследования в 2,2–5,0% случаев способствует развитию таких осложнений, как острый панкреатит, острый холангит, панкреонекроз, приводящих к летальному исходу в 0,2–0,3% случаев. В связи с этим, в повседневной практике отдаем предпочтение выполнению ИОХГ, так как считаем, что исходно необходимо ликвидировать очаг воспаления и санировать брюшную полость. ИОХГ была выполнена

у 740 (30%) пациентов. Показаниями к выполнению ИОХГ считали механическую желтуху в анамнезе, гипербилирубинемия, гипертрансамлаземия, холедохолитиаз или расширение холедоха свыше 7 мм; по данным УЗИ признаки желчной гипертензии интраоперационно и расширение пузырного протока более 3 мм; наличие мелких (менее 5 мм) конкрементов желчном пузыре; синдром Мириizzi; сложность визуальной идентификации пузырного протока и общего печёночного протока; выраженные инфильтративные изменения гепатодуоденальной связки; острый холангит; острый и хронический холепанкреатит.

Дренирование общего желчного протока осуществляли по Халстеду – Пиковскому, через культю пузырного протока градуированным катетером Fr 4-7 через просвет контрольного дренажа. Дренаж фиксировали к культе протока атравматической нитью 4/0. Контрастирование выполняли водорастворимым контрастом в разведении физиологическим раствором 1:1, что в определенном смысле является профилактикой рефлюкс-панкреатита. Дренирование ОЖП и выполнение ИОХГ по отработанной методике занимает 15-20 минут (рис. 1, 2, 3). Нам удалось выполнить ИОХГ по предлагаемой методике в 96,4% показанных случаев. Перфораций катетером ОЖП отмечено не было. В послеоперационном периоде, после выполнения контрольной холангиографии на 8-10 сутки убрали внутренний дренаж, контрольный дренаж извлекали на 10-11 сутки.

При выполнении ИОХГ были получены следующие результаты. Холедохолитиаз был диагностирован у 400 (16,2%) пациентов, причем бессимптомный – у 49 (2,0%). Стриктуры терминального отдела холедоха (БДС) и папиллостеноз отмечены у 180 (7,3%) больных, в том числе бессимптомные – у 111 (4,5%). Сочетание холедохолитиаза и стриктур БДС отмечено у 37 (1,5%) пациентов. Лапароскопическая холедохотомия и литоэкстракция выполнены у 42 пациентов с интраоперационным контролем холедохоскопом. У 302 больных эндоскопическая папиллотомия выполнена в послеоперационном периоде, холедохолитоэкстракция потребовалась у 146 случаях. После контрольной холангиографии дренаж из общего желчного потока удался. У 56 пациентов с резидуальным холедохолитиазом без признаков желчной гипертензии, выполнена папиллотомия в отдаленном послеоперационном периоде, конкременты отошли самостоятельно, холедохолитоэкстракции не потребовалось. При диагностике патологии внепеченочных желчных протоков разработан алгоритм действий, который сводится к максимальному использованию миниинвазивных технологий (схема 1).

Конверсия наблюдалась в 11 (0,4%) случаях. Основными причинами конверсии явились: наличие неразделенного плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря, ведущего к грубым нарушениям топографо-анатомических отношений элементов пе-

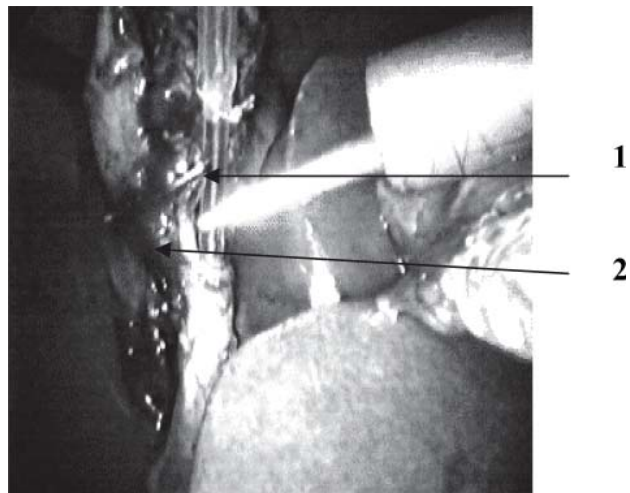


Рис 1. Этап дренирования общего жёлчного протока по Халстеду-Пиковскому. 1 - Дренаж вводится через пузырный проток. 2 - Желчный пузырь.

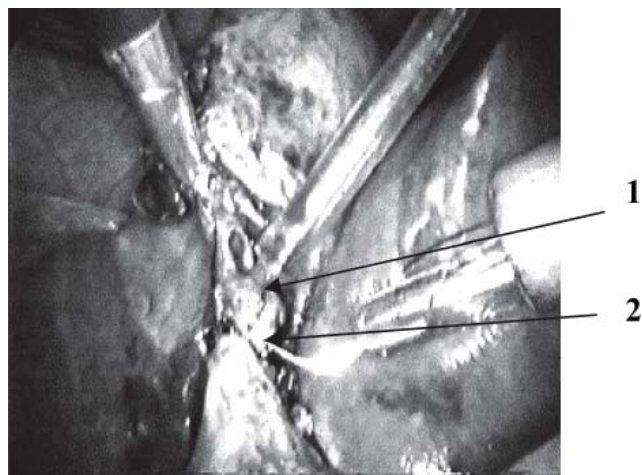


Рис 2. Этап дренирования общего жёлчного протока по Халстеду-Пиковскому. 1. Дренаж проведен через пузырный проток. 2. Прошивание культы пузырного протока.

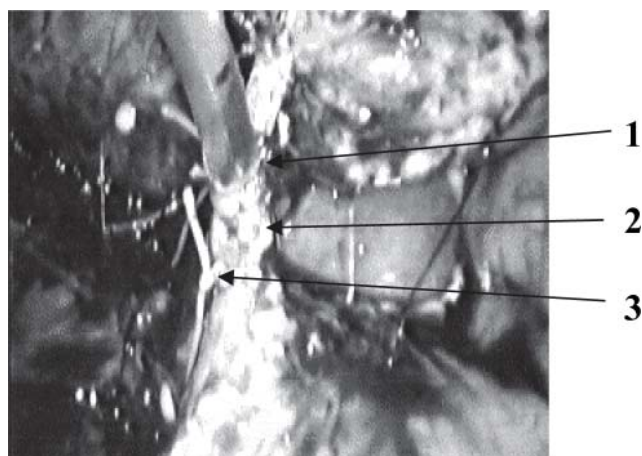


Рис 3. Этап дренирования общего жёлчного протока по Халстеду-Пиковскому. 1. Страховочный дренаж подшит к краю культы пузырного протока. 2. Культя пузырного протока. 3. Фиксирующая лигатура на уровне манжетки дренажа.

ченочно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало – 4 (0,15%) случае; кровотечение, не останавли-



Схема 1. Лечебно-диагностический алгоритм у больных с острым холециститом.

ООХ – осложненный острый холецистит, ДХ – деструктивный холецистит, ЛСХЭ – лапароскопическая холецистэктомия, ИОХГ – интраоперационная холангиография, ЧЧМХС – чрескожная, чреспеченочная микрохолецистостомия, УЗИ – ультразвуковое исследование, ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография, ЭФГДС – эзофагогастродуоденоскопия, ЭПСТ – эндоскопическая папиллотомия.

ваемое эндохирургическими методами – у 5 (0,2%) пациентов; ятрогенные повреждения ОЖП – у 3 (0,1%).

В послеоперационном периоде наблюдали осложнения у 94 больных (3,8%): желчеистечение в послеоперационном периоде (наружный желчный свищ) – у 25 (1%) пациентов; нагноение троакарных ран – у 19 (0,7%); абсцессы ложа пузыря – у 21 (0,9%), правосторонний экссудативный плеврит – у 5 (0,2%), ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость – у 2 (0,1%) больных. Все осложнения отмечены у больных с деструктивным холециститом. Наиболее значимыми сопутствующие патологии имеющие у 1944 (78,8%) пациентов, в свете развития осложнений и результатов лечения больных, явились заболевания сердечно-сосудистой системы у 6 пациентов, дыхательной системы у 7 больных, эндокринной системы у 3 пациента, нервной системы у 7 больных.

Общая летальность составила 1,1% (27 пациентов). Причины летальности экстраабдоминальные (инфаркт миокарда - 4, тромбоэмболия легочной артерии – 7, септический шок- 12, двусторонняя внебольничная пневмония – 2, геморрагический инсульт – 2).

Заключение

Применение комплекса миниинвазивных процедур для лечения осложненного острого холецистита – эндохирургических (ЛСХЭ, холедохотомия и холедохолитэкстракция; интраоперационная холеграфия и холедохоскопия) и эндоскопических трансдуоденальных (ЭРХПГ, папиллотомия и холедохолитэкстракция) – позволило снизить уровень периоперационных осложнений до 4,1%, а госпитальную летальность до 1,1%. Эти показатели значительно ниже аналогичных

показателей при традиционных открытых операциях по поводу осложненного острого холецистита. По литературным данным летальность при этой патологии достигает 20-45,7%. Инфильтративно-спаечный процесс после предшествующих оперативных вмешательств и подпеченочный перивезикальный инфильтрат не являются противопоказанием к лапароскопической операции. Выполнение интраоперационной холеграфии предпочтительнее дооперационной ЭРХПГ и это обстоятельство позволяет упорядочить этапность лечения представленной патологии. В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия, в комплексе миниинвазивных вмешательств, является методом выбора операции при осложненном деструктивном холецистите.

Список литературы

1. Борисов А.Е. Видеоэндохирургические вмешательства на органах груди и забрюшинного пространства СПб, 2002; 416.
2. Борисов А.Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. В двух томах. Скифия СПб 2003; 488.
3. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Комарницкий В.М. Пункционные методы лечения острого холецистита у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска *Анналы хирургической гепатологии* 2007; 3: 48-49.
4. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.П. Перитонит М 1992.
5. Карпачев А.А., Прокофьева А.В. Малоинвазивные методы лечения «крупного» холедохолитиаза. *Фундаментальные исследования* 2007; 2: 90-92.

6. Федоров И.В., Славин Л.Е., Чузунов А.Н. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. Триада-Х М 2003; 80.
7. Salamah SM. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Coll Physicians Surg Pak 2005; 15: 400-403.
8. Hobbs M.S. Mai Q.; Knuiaman M.W. et al. Surgeoni experience and trends in intraoperative complications in laparoscopic cholecystectomy 2006; 93: 844-853.
9. Borzellino G. Sauerland S., Minicozzi AM Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis 1 A meta-analysis of results Surg.1. Endosc. 2008; 22(1): 8-15.

Поступила 06.12.2011 г.

Информация об авторах

1. Кулиш Валерий Антонович – к.м.н., асс. кафедры факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии Кубанского государственного медицинского университета; e-mail: val_ku@mail.ru
2. Коровин Александр Яковлевич – д.м.н., проф., зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии Кубанского государственного медицинского университета; e-mail: kuman52@mail.ru
3. Балаклеец Евгений Николаевич – асс. кафедры факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии Кубанского государственного медицинского университета; e-mail: kuman52@mail.ru