

УДК 616.366–002–036.11–083

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДВУХЭТАПНОГО
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ
КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

Арутюнов Ованес Робертович
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Антинян Карен Дмитриевич
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Сахно Владимир Дмитриевич – д.м.н., профессор
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*
Никитенко Александр Владимирович
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье приведен обзор ближайших и отдаленных результатов холецистостомии по поводу острого деструктивного холецистита. На основании полученных данных и анализа клинического случая обоснованы целесообразность и высокая эффективность проведения двухэтапного лечения.

Ключевые слова: ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ,
ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ, ДВУХЭТАПНОСТЬ
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

UDC 616.366–002–036.11–083

**RESULTS OF TWO-STAGES SURGERY
OF PATIENTS WITH ACUTE DESTRUCTIVE
CALCULOUS CHOLECYSTITIS**

Arutyunov Ovanes Robertovich
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Antinyan Karen Dmitrievich
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Sakhno Vladimir Dmitrievich – MD, professor
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*
Nikitenko Alexandr Vladimirovich
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

The article presents the review of immediate and long-term results of cholecystostomy after acute destructive cholecystitis. Based on data obtained and the clinic case analysis the suitability and high efficacy of two stage surgery were grounded.

Key words: ACUTE CHOLECYSTITIS,
CHOLECYSTOSTOMY, TWO-STAGE
TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS

Введение

Острый калькулезный холецистит – неспецифическое острое воспаление желчного пузыря, возникающее вследствие действия комплекса факторов, основными из которых являются повышение внутрипузырного давления в результате блокады пузырного протока или его устья камнем и развитие инфекции.

В настоящее время острый холецистит – одно из наиболее распространенных ургентных хирургических заболеваний, занимающих второе место после острого аппендицита (Бебуришвили А. Г., 2003).

Заболеваемость острым калькулезным холециститом в России составляет 1,0–1,5 случая, а деструктивным холециститом – 0,8 на 1000 взрослого населения в год (Лисиенко В. М. и соавт., 2004; Прудков М. И. и соавт., 2005). Острый холецистит – наиболее частое осложнение желчнокаменной болезни (Брискин Б. С. и соавт, 2003; Самарцев В. А., 2003; Beckingham I. J., 2001). Примерно в 90 % наблюдений острый холецистит развивается на фоне желчнокаменной болезни (ЖКБ), а в 10 % – при отсутствии камней в желчном пузыре и поэтому обозначается как острый бескаменный холецистит (часто развивается у тяжелобольных пожилого возраста и сопровождается большим числом осложнений и более высокой летальностью).

Различают следующие формы острого холецистита: катаральный, флегмонозный (флегмонозно-язвенный), гангренозный. Осложнениями острого холецистита являются: перфорация желчного пузыря с возникновением местного или распространенного перитонита (развивается лишь в 1–3 % наблюдений), паравезикальный абсцесс, реактивный гепатит (при переходе воспалительного процесса с желчного пузыря на паренхиму печени), механическая желтуха, острый холангит, абсцесс печени, билиарный сепсис (В. Е. Васильев, А. Б. Перунов).

Летальность при хирургическом лечении калькулезного холецистита

достигает 4–6 %, а в старших возрастных группах – 10–26 % (Борисов А. Е. и соавт., 2001; Заривчацкий М. Ф. и соавт., 2004; Adamsen S. et al., 1999).

Осложнения в послеоперационном периоде развиваются у 6–9 % пациентов, при этом наиболее частыми из них являются гнойно-воспалительные (Гостищев В. К., Евсеев М. А., 2001; Совцов С. А., 2001; Leo J. et al., 2006; 2003; Eldar S. et al., 1999; Indar A. A., 2002). Летальность после экстренных операций по поводу острого холецистита в несколько раз выше, чем при плановых оперативных вмешательствах (Ермолов А. С. и соавт., 1999).

1. Выбор оптимального объема операции при остром холецистите

Редакционная коллегия журнала «Хирургия» по итогам многолетнего обсуждения проблемы в 1987 г. определила холецистэктомию основной операцией, одновременно признав холецистостомию спасительным вмешательством для пациентов с высокой степенью риска. Коллективный опыт позволил хирургам прийти к такому выводу, предвзято появление видеолапароскопических технологий.

В 1987 г. гинекологом F. Murret и хирургом F. Dubois впервые были выполнены лапароскопические холецистэктомии, тем самым они открыли новые возможности в хирургии. Лапароскопические операции, по сравнению с открытыми *perlaparotomiam*, менее травматичны, сопровождаются меньшим числом осложнений, невысокой летальностью, характеризуются короткими периодами стационарного лечения и реабилитации. Преимущества видеолапароскопических технологий определили лапароскопическую холецистэктомию «золотым стандартом» в лечении калькулезного холецистита.

Стандарт, тем более «золотой», принимается безоговорочно. Верно ли это? Решает ли лапароскопическая холецистэктомию проблемы, связанные с лечением калькулезного, а тем более острого холецистита?

Исключает ли лапароскопический доступ при всех его преимуществах вынужденное ограничение объема операции холецистостомией?

Одним из этиопатогенетических факторов острого холецистита является желчная гипертензия. Если она не ограничивается желчным пузырем и распространяется на магистральные протоки, то холецистэктомия не приводит к их декомпрессии, эффективность которой отмечал основоположник хирургии желчных путей Г. Кер. Холецистостомия с санацией желчного пузыря в некоторых случаях (при проходимости пузырного протока) обеспечивает декомпрессию протоков.

Дренирование желчного пузыря (пункционное, эндоскопическое, открытое, комбинированное) надежно купирует приступ, хорошо переносится тяжелыми больными и показано крайне тяжелым пациентам. В этом случае основной задачей хирурга становится спасение жизни больного, что оправдывает тактику двухэтапного лечения, согласно которой на первом этапе выполняется холецистостомия, а на втором после ликвидации острых явлений – холецистэктомия.

Холецистостомия существенно улучшает результаты лечения больных с деструктивным панкреатитом. У пациентов старше 80 лет лапароскопическая холецистостомия с последующей коагуляцией слизистой оболочки желчного пузыря может оказаться основной и единственной операцией, исчерпывающей программу лечения (Гешельмин С. А. и соавт., 2008)

2. Показания и противопоказания к дренированию желчного пузыря у больных с острым холециститом

Показания для малоинвазивного дренирования желчного пузыря:

1) острый холецистит у больных с высокой степенью операционного риска, обусловленного возрастом, сопутствующей патологией и другими причинами;

2) острый деструктивный бескаменный («сосудистый») холецистит с длительностью заболевания более 72 часов;

3) острый деструктивный обтурационный холецистит с длительностью заболевания более 72 часов.

4) острый обтурационный холецистит, при отсутствии возможности проведения операции в экстренном порядке лапароскопическим способом.

Противопоказания для малоинвазивного дренирования желчного пузыря:

1) деструктивные изменения стенок желчного пузыря (гангренозный и перфоративный холецистит);

2) отсутствие безопасной траектории для пункции и дренирования;

3) выраженное нарушение свертывающей системы крови;

4) терминальное состояние больного (Иванов В. А., 2008)

4. Методика дренирования желчного пузыря под контролем ультразвукового исследования при остром холецистите

Точка пункции желчного пузыря выбирается через паренхиму печени, при отсутствии таковой проводится через дно желчного пузыря, особенно у больных с перивезикальным инфильтратом. Для дренирования используются катетеры типа «pigtail» 8–0 Fr. До вмешательства и после желательно назначение антибиотиков широкого спектра действия. После дренирования желчного пузыря содержимое его полностью эвакуируют, при этом изображение полости при ультразвуковом исследовании полностью спадается.

Содержимое желчного пузыря оценивают визуально и направляют на бактериологическое исследование. При остром калькулезном холецистите содержимым желчного пузыря обычно являются вязкий гной и мутная желчь с колибациллярным запахом. При бескаменном

(сосудистом) холецистите содержимым желчного пузыря чаще всего бывает мутная желчь со значительным геморрагическим оттенком. Желательно проводить фракционное промывание желчного пузыря антисептическими препаратами (по 20–40 мл 0,5–0,25%-го фурацилина или диоксидина). Ежедневно следует контролировать характер отделяемого по катетеру из желчного пузыря и его количество. С интервалом в 2–3 дня следует проводить ультразвуковое исследование для контроля размеров желчного пузыря, изменения толщины его стенки, степени опорожнения пузыря при промывании.

При этом также оценивается состояние вне- и внутриспеченочных желчных протоков, изучается поддиафрагмальное и подпеченочное пространство на предмет наличия жидкостных включений.

При остром холецистите практически у 100 % больных болевой синдром купируется сразу после дренирования желчного пузыря, через короткий промежуток времени отмечается улучшение общего состояния больного, в течение 1–3 суток снижается температура тела. Камень, обтурирующий шейку желчного пузыря при остром холецистите, у значительной части больных после дренирования перемещается в просвет желчного пузыря.

Вследствие этого пузырный проток реканализуется, а по дренажу начинает активно поступать желчь. После купирования клинических проявлений острого холецистита и нормализации лабораторных показателей крови следует провести фистулохолецистографию. При благоприятных показателях дренажный катетер следует удалить. Дренажный канал, при условии свободного поступления желчи в двенадцатиперстную кишку, закрывается самостоятельно. В том случае, если дренирование являлось первым этапом лечения (больные с острым калькулезным холециститом, механической желтухой), дренаж удаляется только во время операции холецистэктомии не ранее чем через один месяц.

В некоторых случаях при остром холецистите для санации полости желчного пузыря можно использовать чрескожную, чреспеченочную пункционную декомпрессию желчного пузыря под контролем ультразвукового исследования. В этих случаях после аспирации содержимого полость пузыря промывают раствором антисептика, контролируя степень опорожнения его полости при ультразвуковом исследовании на протяжении всей манипуляции. После санации игла удаляется. Подобную пункцию следует повторять еще 1–2 раза с интервалом в 2–3 дня. У большинства больных удается купировать явления острого холецистита. Не следует производить пункцию желчного пузыря у больных с механической желтухой, так как повышенное давление в желчных путях может привести к желчеистечению и желчному перитониту.

Дренирование желчного пузыря под контролем ультразвукового исследования имеет существенные преимущества перед лапароскопической микрохолецистостомией:

- 1) эта методика не требует наложения пневмоперитонеума, плохо переносимого тяжелобольными пациентами;
- 2) дренирование желчного пузыря под контролем ультразвукового исследования занимает значительно меньше времени, у нетранспортабельных больных оно может быть выполнено непосредственно в палате;
- 3) в случае наличия инфильтрата в зоне желчного пузыря при лапароскопии не всегда удастся визуализировать его стенку и, следовательно, выполнить пункцию. При проведении дренирования желчного пузыря под контролем ультразвукового исследования наличие околопузырного инфильтрата позволяет выполнить это вмешательство через дно желчного пузыря.

Дренирование желчного пузыря под контролем ультразвукового

исследования – простой и малотравматичный способ лечения больных с острым холециститом, особенно у пациентов с повышенным операционным риском. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия под контролем ультразвукового исследования может эффективно использоваться для временной или постоянной декомпрессии желчевыделительной системы, а также с диагностической целью у больных с механической желтухой различной этиологии (Иванов В. А., 2008).

5. Ближайшие и отдаленные результаты холецистостомии по поводу острого холецистита

В 2015 г. в условиях хирургического отделения № 1 ГБУЗ «ККБ № 2» г. Краснодара рентгенхирургической службой по поводу острого холецистита было выполнено 46 холецистостомий под ультразвуковым контролем (рисунок 1). У 34 пациентов вторым этапом осуществлялась лапароскопическая холецистэктомия. В среднем промежуток времени между этапами хирургического вмешательства составил 2 месяца. В результате различных причин на второй этап не явились 7 пациентов, которые были направлены под наблюдения хирургов по месту жительства в районы Краснодарского края. В одном случае лапароскопическая холецистэктомия была осуществлена после холецистостомии под ультразвуковым контролем в одну госпитализацию. К конверсии пришлось прибегнуть в одном случае. Вторым этапом после холецистостомии под ультразвуковым контролем была выполнена открытая холецистэктомия в сочетании с нефрэктомией справа при опухолевом поражении почки.

В одном случае произошло выпадение холецистостомы с последующим передернированием. При этом вторым этапом также была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Имел место один случай летального исхода, не связанный с основной хирургической патологией.



Рисунок 1 – Отдаленные результаты холецистостомии по поводу острого холецистита

6. Разбор клинического случая

Пациентка Л., 1986 года рождения, получала лечение в ГБУЗ «ККБ № 2» с 30.07.15 по 20.08.16 по поводу острого панкреатита и холедохолитиаза (вклиненный конкремент большого дуоденального сосочка (БДС)). Выполняли РХПГ, ЭПТ, МЛЭ. Послеоперационный период был тяжелый в условиях АРО 2 с применением эфферентных методов лечения. С 20.08.15 находилась на лечении амбулаторно под наблюдением хирурга ЦРБ Кореновского района.

09.09.15 после погрешности в диете отмечала резкую боль в эпигастрии, повышение температуры тела до 37,3 °С, тошноту, рвоту и выраженную слабость. Пациентка была повторно госпитализирована в ЦРБ Кореновского района, 10.09.15 переведена в ГБУЗ «ККБ № 2».

По данным УЗИ от 10.09.15: Внутривенечные желчные протоки не расширены. Общий желчевыводящий проток – до 5 мм, на всем

протяжении гомогенный. Желчный пузырь больше средних размеров 90×30 мм, стенки гиперэхогенные – до 3 мм. В полости определяются гиперэхогенные малоподвижные конкременты диаметром до 7 мм, определяющиеся в выводных отделах желчного пузыря. Парапупузная клетчатка повышенной эхогенности утолщена до 5 мм. Ткани печеночно-двенадцатиперстной связки повышенной эхогенности.

Лабораторно определяли от 10.09.15: лейкоциты – $15,69 \cdot 10^9$ /л, эритроциты – $4,7 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин – 12,6 г/дл, тромбоциты – $470 \cdot 10^9$ /л, общий билирубин 17 мкмоль/л, прямой билирубин 5,9 мкмоль/л, АЛТ – 28 Ед/л, АСТ – 21 Ед/л, амилаза – 72 Ед/л.

Пациентке назначена консервативная терапия, отмечалось улучшение самочувствия, болевой синдром был купирован. 11.09.2015 выполнялась РХГ. При ревизии общего желчевыводящего протока – просвет гомогенный.

14.09.2015 под интубационным наркозом в брюшную полость введены оптическая система и манипуляторы. При осмотре визуализировался инфильтрат в брюшной полости (желчный пузырь, большой сальник, ДПК, поперечно-ободочная кишка). При пальпации определялся плотный инфильтрат. Технически разъединялся с трудом, отмечалась повышенная кровоточивость. Интраоперационно вызван заведующий хирургическим отделением № 1 д-р мед. наук В. Д. Сахно, клинический случай доложен заместителю главного врача по хирургии профессору В. М. Дурлештеру. Рекомендовано выполнить чрескожное наружное дренирование желчного пузыря. Другой патологии при осмотре органов брюшной полости не обнаружено. Выполнены чрескожная холецистостомия под УЗ-контролем, а также дренирование брюшной полости. Послойные швы на раны, обрабатывали йодом и накладывали асептическую повязку.

Послеоперационный период протекал без особенностей и осложнений. Пациентка выписалась на амбулаторный этап лечения в удовлетворительном состоянии. Следующая госпитализация была запланирована через 2 месяца.

При повторной госпитализации 23.11.2015 было выполнено плановое оперативное вмешательство в объеме: лапароскопическая холецистэктомия. Течение послеоперационного периода – без особенностей и осложнений. 28.11.2015 пациентка была выписана на амбулаторный этап лечения в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга по месту жительства.

С учетом проанализированных нами данных и рассмотренного клинического случая можно сделать вывод об эффективности двухэтапного лечения при деструктивных формах острого калькулезного холецистита: купирование острого воспалительного процесса на первом этапе лечения, которое позволило избежать осложнений при осуществлении планового оперативного вмешательства на втором этапе. В приведенном клиническом случае данная тактика является наиболее оправданной, о чем свидетельствуют отдаленные результаты.

Выводы

1. Лапароскопическая холецистэктомия – основная операция, показанная большинству больных острым холециститом в течение первых трех суток заболевания.

2. Холецистостомия – вынужденная спасительная операция, показанная больным острым холециститом с высокой степенью операционного риска.

3. Представление о лапароскопической холецистэктомии как «золотом стандарте» хирургического лечения холецистита некорректно,

так как ошибочно ориентирует врача на единственно предпочтительную безальтернативную операцию (Гешельмин С. А. и соавт., 2008)

Список литературы

1. *Бударин В. Н.* Лапароскопическая холецистэктомия / В. Н. Бударин // Хирургия. – 2000. – № 12. – С. 20–22.
2. *Иванов В. А.* Пункционные малоинвазивные вмешательства под контролем ультразвуковой томографии : учеб. пособие / В. А. Иванов. – М.: РУДН, 2008. – 130 с.
3. Клиническая хирургия: национальное руководство. В 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – 832 с.
4. Клиническая хирургия : учеб. пособие / Р. М. Евтихов, М. Е. Путин, А. М. Шулутко, О. В. Кулигин [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 864 с
5. Хирургические болезни : учебник / под ред. А. Ф. Черноусова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 664 с.
6. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2005. – 784 с.
7. Роль и место холецистостомии в хирургическом лечении острого холецистита / С. А. Гешелин, М. А. Каштальян, Н. В. Мищенко [и др.]. – Одесса, 2008.
8. *Васильев В. Е.* Эффективность различных видов дренирования желчного пузыря у больных острым деструктивным холециститом / В. Е. Васильев, В. И. Ревякин, В. М. Куликов // Эндоскоп. хирургия. – 2006. – № 3. – С. 53.
9. *Бобров А. И.* Классификация малоинвазивных хирургических вмешательств / А. И. Бобров, С. Г. Григорьев // Эндоскоп. хирургия. – 1998. – № 4. – С. 30–31.
10. *Гальперин Э. И.* Дискуссия по тактике лечения острого холецистита / Э. И. Гальперин // Хирургия. – 1983. – № 11. – С. 114–116.