

УДК 616.366 — 002.1 — 089.5 — 035.4

РОЛЬ И МЕСТО ДИАПЕВТИЧЕСКИХ ДЕКОМПРЕССИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

С.В. Капралов, У.З. Исмаилов, Ю.Г. Шапкин

ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Росздрава», г. Саратов

Острый холецистит — распространенная абдоминальная патология, занимающая третье место после острого аппендицита и острого панкреатита в структуре неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Послеоперационная летальность при остром холецистите не имеет тенденции к снижению и достигает при операциях на высоте приступа 14–15%, а у пожилых людей — 20%. Выходом из сложившейся ситуации может стать применение в остром периоде заболевания декомпрессивных мероприятий, выполняемых под контролем ультразвука. Такие малоинвазивные вмешательства получили название интервенционной сонографии или ультразвуковой диапевтики. Применение малоинвазивных декомпрессивных операций — чрезкожной чрезпеченочной пункции желчного пузыря и микрохолецистостомии под ультразвуковым контролем у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском позволяет добиться купирования острого воспалительного процесса и избежать жизнеугрожающей в подобной ситуации экстренной операции.

Ключевые слова: острый холецистит, операции, хирургия.

THE NONINVASIVE DECOMPRESSIVE INTERVENTION IN SURGERY OF ACUTE CHOLECYSTITIS AT THE PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE WITH HIGH OPERATIONAL RISK

S.V. Kapralov, U.Z. Ismailov, Yu.G. Shapkin

Saratov medical university, Saratov

Acute cholecystitis is a wide-spread transabdominal pathology, occupying the third place after acute appendicitis and acute pancreatitis in frame of urgent surgical diseases of abdominal cavity. The postoperative lethality at acute cholecystitis has no the tendency to downstroke and achieves at operations on an attack 15 %, at the elderly people 20%. Output from the usual situation can become application of decompressive measures, executed under the control of ultrasound, in the acute period. Such noninvasive intervention have received the name intervention sonography or ultrasonic diaplectic. The application noninvasive decompressive intervention, like transcuteaneous transliver puncture of a cholic bladder and microcholecystostomy under the ultrasonic control at the patients of elderly and senile age with high operational risk, allows to achieve a cupping of acute inflammatory process and to avoid lifetreatening situation of an immediate surgery.

Keywords: acute cholecystitis, operations, surgery.

Острый холецистит (ОХ) — распространенная абдоминальная патология, занимающая третье место после острого аппендицита и острого панкреатита в структуре неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Пациенты с ОХ составляют около 15% госпитализированных хирургического профиля [1]. По абсолютному числу умерших острый холецистит превосходит острый аппендицит, ущемленные грыжи, перфоративные гастродуоденальные язвы, лишь немного уступая острой кишечной непроходимости [4; 6]. Общая и послеоперационная летальность колеблется в различных учреждениях в пределах 2-12%, не имея тенденции к снижению и достигая при операциях на высоте приступа 14-15%, а у пожилых людей — 20%, резко увеличиваясь с возрастом [5]. При экстренных операциях у больных старше 80 лет послеоперационная летальность превышает 40-50%, что делает эти операции крайне рискованными [4].

Нет ни одного раздела хирургии, в котором мнения хирургов расходились бы столь значительно, как в определении хирургической тактики при остром холецистите. В результате ряда исследований было доказано, что особую опасность представляет проведение длительного консервативного лечения ОХ у больных пожилого и старческого возраста, особенно на фоне сахарного диабета [2; 5]. Тем не менее и широкое внедрение «активной» тактики не привело к снижению летальности среди этой категории больных. Общая и послеоперационная летальность у больных ОХ старших возрастных групп составляет соответственно 1,9-8% и 6-33%, а при наличии сопутствующей патологии

внепеченочных желчных путей возрастает до 43%, в 5-10 раз превышая аналогичные показатели пациентов молодого возраста [4; 5]. Исходя из этих данных, логичен вывод о бесперспективности традиционного хирургического лечения у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Выходом из сложившейся ситуации может стать применение в остром периоде заболевания декомпрессивных мероприятий, выполняемых под контролем ультразвука. Такие малоинвазивные вмешательства получили название интервенционной сонографии или ультразвуковой диапневтики [3]. Для ультразвуковой диапневтики при ОХ могут быть использованы две методики: стилет-катетеризация желчного пузыря тонким троакаром или иглой Chiba 16-18G с введением в просвет желчного пузыря дренажа «pig tail» (пороссячий хвост) — чрезкожная чрезпеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС); одномоментная пункционная санация желчного пузыря (ОПС) тонкой иглой Chiba 20-22 G. [7].

Материал и методы

В клинике в 2007-2009 годах находились 217 пациентов с ОХ причем 51% из них составляли люди старшей возрастной группы. В соответствии с рекомендациями ВОЗ к старшей возрастной группе относили людей пожилого (60-74 лет) и старческого возраста (старше 75 лет). Средний возраст пациентов составил 60 лет. Всем больным при поступлении выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ).

Состояние стенки желчного пузыря и паравезикальных тканей имеет решающее значение в синдромной характеристике ОХ.

В своей деятельности мы использовали со-нографическую классификацию В.М. Буянова (1994) [3], предусматривающую выделение четырех экосиндромов острого холецистита (табл. 1).

Анализируя данные, представленные в таблице 1, нельзя не отметить, что осложненное течение острого деструктивного холецистита достоверно чаще встречается у больных старшей возрастной группы ($p < 0,05$) с тяжелыми сопутствующими заболеваниями ($p < 0,05$).

Первую группу составили 88 пациентов без признаков деструкции стенки желчного пузыря. Этим больным проводили консервативную терапию, предлагая плановую операцию после медикаментозной коррекции сопутствующей патологии. При этом без выписки из стационара нами оперировано 23 человека. Послеоперационной летальности и осложнений не отмечено. Еще 4 больных были переведены в терапевтическое отделение для лечения сопутствующих заболеваний. Следует отметить, что значи-

тельная часть госпитализированных (61 человек) от предложенной операции отказалась.

Выявление симптома «двойного контура» свидетельствовало о выходе патологического процесса за пределы стенки желчного пузыря при остром деструктивном холецистите. Дальнейшая синдромная дифференцировка зависела от состояния паравезикальных тканей. При отсутствии признаков экстравезикальных осложнений ОХ трактовался как острый деструктивный без внепузырных осложнений.

Вторую группу больных составили 92 человека со средним возрастом 59,6 лет. Всем им лечение начинали с консервативных мероприятий (холод, антибактериальная, противовоспалительная, инфузионная терапия), предлагая хирургическое лечение при неэффективности. Оперировано 24 пациента без осложнений и послеоперационной летальности. У остальных 68 человек удалось купировать ОХ консервативно. Они были выписаны с рекомендацией по-

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от клинко-сонографической характеристики

Клинко-сонографические группы	Средний возраст, лет	Больные		ВСЕГО
		старшей возрастной группы	с сопутствующей патологией	
I ОХ без деструкции стенки	56,6	22	26	88
II Острый деструктивный холецистит без внепузырных осложнений	59,6	34	37	92
III ОХ с перивезикальным инфильтратом или абсцессом	65,9	24	30	35
IV ОХ с распространенным перитонитом	68	1	2	2

вторной госпитализации для планового хирургического лечения. Если у больных с ОХ выявлялись ультразвуковые признаки локального (абсцесс, инфильтрат) или генерализованного (перитонит) экстравезикального осложнения — холецистит расценивали как острый деструктивный с внепузырными осложнениями.

Третья группа состояла из 35 человек. У 27 из них был диагностирован перивезикальный инфильтрат; у 8 — перивезикальный абсцесс. Средний возраст больных этой группы составил 65,9 лет. У 7 больных выявлен сахарный диабет. Перивезикальные абсцессы локализовались в ложе желчного пузыря и визуализировались в виде гипоэхогенных зон неправильно округлой формы с нечеткими контурами и зоной перифокальной эхогенности. Больным этой группы проводилось упорное консервативное лечение. Оперирован по экстренным показаниям лишь один человек.

Развитие перитонита предполагали при выявлении ЭХО-признаков свободной

жидкости в виде плащевидных и треугольных эконегативных структур в подпеченочном пространстве, поддиафрагмальном пространстве и малом тазу, а также синусе Мориссона.

Четвертую группу составили два пациента. Они были оперированы в экстренном порядке. Один из этих больных умер от прогрессирующей полиорганной недостаточности.

В ходе ультразвуковой диагностики оценивали изменения полости желчного пузыря. Появление гиперэхогенной взвеси в его просвете достоверно коррелировало с другими эхо-характеристиками воспалительного процесса. В частности, при остром холецистите без деструкции стенки гиперэхогенная взвесь в просвете желчного пузыря выявлена нами у 7 пациентов, при остром деструктивном холецистите без внепузырных осложнений — в 46 наблюдениях и при остром деструктивном осложненном холецистите — у всех 35 больных.

Таблица 2

Лечебная тактика в зависимости от клинико-сонографической характеристики больных с острым холециститом

Клинико-сонографические группы	Вид лечения			
	хирургическое	ОПС	ЧЧМХС	изолированная консервативная терапия
I ОХ без деструкции стенки	23	-	-	65
II Острый деструктивный холецистит без внепузырных осложнений	24	11	-	57
III ОХ с перивезикальным инфильтратом или абсцессом	1	5	16	14
IV ОХ с распространенным перитонитом	2	-	-	-
	ВСЕГО: 50	16	16	135

Пациентам пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском выполняли малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ (табл. 2). ОПС выполнена 16 больным, еще у 16 человек использована ЧЧМХС. Средний возраст названных больных составил 70,9 лет. Тяжелая сопутствующая патология выявлена у всех пациентов.

Важным требованием, обеспечивающим возможность выполнения ОПС, служили однородность и эконегативность его содержимого. Чрезкожная чрезпеченочная пункция выполнялась одноразовыми иглами Chi-ба 22 G. У 15 больных с ОХ несомненный клинический эффект был получен при однократной санации полости ЖП. При этом наблюдали снижение интенсивности болевого синдрома, нормализовывалась температура тела, улучшались лабораторные показатели, появлялась положительная ультразвуковая динамика. У двух пациентов отмечалось «разблокирование» желчного пузыря с полной ликвидацией пузырной гипертензии непосредственно в процессе пункционной санации. Еще двум больным для улучшения состояния потребовалось выполнение повторной пункции ЖП. Еще один пациент был оперирован в связи с неэффективностью данной манипуляции.

При выявлении симптома «гепатизации» полости ЖП у 16 пациентов применяли чрезкожное чрезпеченочное дренирование ЖП под контролем УЗИ с помощью «стилкатетера» и *rig-tail* дренажа. Подобное вмешательство использовано всем больным с перивезикальными абсцессами (7 человек). При этом в двух наблюдениях удалось отдельно опорожнить гнойник и дрениро-

вать желчный пузырь, у остальных наблюдалась отчетливая положительная динамика в ходе санационных мероприятий. У всех больных регистрировали значимое улучшение состояния непосредственно после манипуляции.

После установки микрохолецистостомического дренажа традиционную консервативную терапию острого холецистита сочетали с промыванием полости желчного пузыря растворами антисептиков и антибиотиков.

После осуществления диапневтического этапа в комплексном лечении острого холецистита проводили ультразвуковой мониторинг желчного пузыря с традиционной оценкой его размеров, состояния стенки, полости и окружающих тканей. Ультразвуковой контроль выполняли ежедневно в первые двое-трое суток после манипуляции, а затем — по клинической необходимости.

К наглядному проявлению эффективности дренирования и позитивному прогностическому признаку относили увеличение суточного дебита желчи по дренажу до 100-150 мл и нормализацию ее визуальных характеристик. У всех больных болевой синдром купировался сразу после ЧЧМХС, улучшалось общее состояние, в течение 1-3 дней снижалась температура тела, нормализовались показатели крови. Клинико-лабораторные и сонографические признаки купирования острого холецистита достигались в течение 3-6 суток. Дренаж из полости желчного пузыря удаляли после визуальной санации желчи и улучшения общего состояния пациентов на 6-7 сутки после выполнения ЧЧМХС.

Осложнения ЧЧМХС принято разделять на «малые» и «большие» [3]. К «большим» относят желчный перитонит, внутрибрюшное кровотечение; к «малым» — спонтанную миграцию дренажа, острый респираторный дистресс-синдром, вагусную реакцию. В ходе нашего исследования не встречались «большие» осложнения интервенционных методик. У трех человек наблюдались вагусные реакции — артериальная гипертензия, брадикардия, тошнота после выполненных манипуляций. Они были устранены медикаментозной терапией. Летальности в рассматриваемых группах больных не было.

Трех ранее «неприкасаемых» пациентов после малоинвазивных ЭХО-контролируемых вмешательств оперировали в плановом порядке через 4–6 месяцев: всем выполнены радикальные операции без осложнений.

Таким образом, использование сонографически контролируемых малоинвазивных технологий при лечении ОХ позволило у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском добиться купирования острого воспалительного процесса и избежать жизнеугрожающей в подобной ситуации экстренной операции.

Список литературы

1. Бобров О.Е. Эволюция взглядов на выбор лечебной тактики при остром холеци-

стите/О.Е. Бобров, Ю.С. Семенюк, В.А. Федорук // Abstract. www.gastroportal.ru

2. Бударин, В.Н. Лапароскопическая холецистэктомия / В.Н. Бударин // Хирургия. — 2000. — № 12. — С. 20–22.

3. Иванов С.В. Место УЗ-диагностики в хирургической тактике при остром холецистите/ С.В. Иванов, О.И. Охотников// Abstract. www.surgery1.kursknet.ru

4. Привалов В.А. Хирургическая тактика при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста / В.А. Привалов, В.А. Шрамченко, А.В. Губницкий, В.А. Привалов// Хирургия. — 1998. — №7. — С. 28–30.

5. Сухарев В.Ф. Раннее оперативное лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста/ В.Ф. Сухарев// Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 1983. — №1. — С. 44–50.

6. Altmeir G., Die akute Cholecystitis/ G. Altmeir// Chirurg. — 2001. — № 3. — Т. 52. — Р. 450–453.

7. Ichikawa M. Percutaneous transhepatic ultrasound-guided puncture of the gallbladder for acute cholecystitis / M. Ichikawa, O. Takahara et al.// BMJ. — 1996. — № 8. — Р. 8–16.