

Б.А. Сотниченко, В.И. Макаров, Н.В. Савинцева, О.В. Перерва, О.И. Щепетильникова

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ХОЛЕЦИСТИТА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)

В клинике факультетской хирургии за последние 5 лет эндовидеохирургическими методами оперировано 140 больных с осложненными формами холецистохолангиолитиаза в возрасте от 18 до 90 лет. Мужчин было 34 (24,3 %), женщин – 106 (75,7 %). У 19 (13,6 %) пациентов с деструктивным холециститом который сочетался с механической желтухой, а у 3 – с дуоденным деструктивным панкреатитом на первом этапе выполнены эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, папиллосфинктеротомия, извлечение конкрементов из холедоха. У 3 – чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря. В 22 наблюдениях во время лапароскопической холецистэктомии обнаружен рыхлый паравезикальный инфильтрат, в 39 – плотный. В 5 (3,6 %) случаях перешли на лапаротомию. Причиной конверсии у 4 больных была каменистая перигаллблadder масса, в одной – пузырно-дуоденальный свищ и желчнокаменная тонкокишечная непроходимость, развившаяся накануне операции. Послеоперационные осложнения отмечены у 6 (4,3 %) больных. Умер один (0,7 %) пациент. Таким образом, на современном этапе, при наличии подготовленных высококвалифицированных специалистов эндовидеохирургическое лечение следует считать приоритетным направлением в лечении осложненных форм холецистохолангиолитиаза.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия

PREVENTION OF PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH DESTRUCTIVE FORMS OF CHOLECYSTITIS AT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

B.A. Sotnichenko, V.I. Makarov, N.V. Savintseva, O.V. Pererva, O.I. Shchepetilnikova

Vladivostok State Medical University, Vladivostok

In faculty surgery clinic for the last 5 years 140 patients in the age of from 18 till 90 years with the complicated forms of cholecysto-choledocholithiasis underwent endovideosurgical operations. There were 34 men (24,3 %), and 106 (75,7 %) women. In 19 (13,6 %) patients with acute cholecystitis combined with mechanical jaundice, and in 3 with acute stone-pancreatitis at the first stage endoscopic retrograde cholangiopancreatography, sphincterotomy, extraction gallstones from common bile duct were performed. 3 patients underwent percutaneous transhepatic drainage of gall bladder. In 22 cases during laparoscopic cholecystectomy we found friable perigallbladder mass, in 39 case – a dense one. In 5 (3,6 %) cases we went on laparotomy. The reason of conversion in 4 patients was stony density perigallbladder mass, in one case – duodenal-cystic biliary fistula and the impassability developed before operation. Postoperative complications are marked in 6 (4,3 %) patients. One patient died (0,7 %). Thus, at the present stage, at presence of the prepared highly skilled experts endovideosurgical treatment should be considered to be a prior direction in treatment of complicated forms of cholecysto-choledocholithiasis.

Key words: cholelithiasis, acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy

ВВЕДЕНИЕ

Значительный прогресс в хирургическом лечении желчнокаменной болезни в последние годы связан с широким внедрением в клиническую практику эндовидеохирургических методов лечения [1, 3, 9]. При длительности заболевания свыше 2–3 суток и поздней обращаемости больных за медицинской помощью при остром холецистите увеличивается риск развития гнойных и воспалительных осложнений в зоне желчного пузыря. Течение и исход осложненных форм холецистохолангиолитиаза зависят не только от качества и своевременности выполненного хирургического вмешательства, но в значительной степени и от грамотно проведенной антибактериальной терапии [1, 2, 6, 10].

Несмотря на широкий арсенал средств борьбы с хирургической инфекцией, профилактика ос-

ложнений деструктивных формам острого холецистита остается одной из актуальных проблем современной хирургии в силу высокой летальности и значительного числа гнойных послеоперационных осложнений [7, 9, 11, 12].

Основопологающим принципом антибактериальной терапии интраабдоминальной инфекции является эмпирическая терапия, которая подразумевает использование антибактериальных препаратов, спектр активности которых охватывает всех наиболее вероятных возбудителей инфекции [3, 4, 5, 8].

Целью нашего исследования является анализ результатов эндовидеохирургического лечения деструктивных форм острого холецистита и оценка эффективности антибиотикопрофилактики гнойно-септических осложнений.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В клинике факультетской хирургии за последние 5 лет по поводу желчнокаменной болезни при остром и хроническом холецистите произведено 765 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ). Данное исследование основано на оценке результатов эндовидеохирургического лечения 140 больных с осложненными формами холецистолитиаза в возрасте от 18 до 90 лет. Мужчин было 34 (24,3 %), женщин 106 – (75,7 %). Лица пожилого и старческого возраста составили 66,0 %. Все пациенты были госпитализированы в стационар по экстренным показаниям с направительным диагнозом острый холецистит. Время от начала последнего приступа болей в правом подреберье до поступления в стационар составило: до 24 часов – у 9 (6,4 %) больных, до 3-х суток – у 28 (20,0 %), до 7 суток – у 29 (20,7 %), в остальных случаях больше одной недели. Из числа пациентов пожилого и старческого возраста отмечались следующие сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (73 больных), ишемическая болезнь сердца (49), сахарный диабет (14), ожирение (36), заболевания легких (2), цирроз печени (2), хронический пиелонефрит (2). Характер и структура осложнений желчнокаменной болезни у больных представлены в таблице 1.

Сочетание двух и более воспалительных осложнений встречалось более чем у половины больных. Средняя продолжительность заболевания с момента возникновения приступа болей в правом подреберье до момента поступления в стационар составила $5,6 \pm 2$ суток.

Диагностика и выбор лечебной тактики у больных с острым холециститом основывался на клинических проявлениях заболевания, данных лабораторных и инструментальных исследований. Всем пациентам при госпитализации выполнялась ФГДС, ультрасонография печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Производили биохимический анализ крови, оценивали уровень билирубина, его фракций, АСТ, АЛТ, ЩФ.

При решении вопросов хирургической тактики особое значение придавали динамической ультрасонографии. Поскольку основным патогенетическим моментом деструктивного холецистита является окклюзия шеечно-дуктального отдела желчного пузыря, выявление при контрольном УЗИ признаков сохраняющейся обтурации, рассматривается нами как показание к срочной операции даже при клинико-лабораторных признаках купирования приступа. Подобная тактика клинически отработана нами в течение последних пяти лет, что позволило уменьшить число запоздалых операций при деструктивном холецистите почти в пять раз, уменьшить число послеоперационных осложнений в четыре раза. У 19 (13,6 %) пациентов острый деструктивный холецистит сочетался с механической желтухой, а у 3 из них – дуктогенным панкреатитом с высоким содержанием панкреатических ферментов в крови и моче. Причиной механической желтухи были: холедохолитиаз у 15 (10,7 %), стриктура Фатерова соска – у 2 (1,4 %), холедохолитиаз в сочетании со стриктурой Фатерова соска – у 2 (1,4 %). Период от госпитализации пациента до ЛХЭ или манипуляций на Фатеровом соске использовали для интенсивной предоперационной подготовки, включая антибактериальную, инфузионную, кардиотропную и антиферментную терапии.

У 3 пациентов с дуктогенным панкреатитом и вколоченными конкрементами Фатерова соска в первые 12 часов после поступления произведена экстренная эндоскопия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), извлечение вколоченных конкрементов. У остальных 16 больных с механической желтухой на 2-е – 3-и сутки с момента поступления произведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), ЭПСТ с экстракцией конкрементов из гепатохоледоха. У шестерых пациентов из этой группы больных в связи с картиной гнойного холангита после ЭПСТ и экстракции конкрементов из гепатохоледоха выполнено назобилиарное дренирова-

Таблица 1

Структура осложнений желчнокаменной болезни (n = 140)

Осложнения	Абсолютное число, %
Деструктивный холецистит:	133 (95,0 %)
флегмона	90 (64,3 %)
эмпиема	27 (19,3 %)
гангрена	16 (11,4 %)
Водянка желчного пузыря	7 (5,0 %)
Механическая желтуха	19 (13,6 %)
Гнойный холангит	6 (4,3 %)
Перивезикальный рыхлый инфильтрат	22 (15,7 %)
Перивезикальный плотный инфильтрат	39 (27,9 %)
Перивезикальный абсцесс	4 (2,9 %)
Панкреатит	10 (7,1 %)

ние, санация желчевыводящих путей антибиотиками, водным раствором хлоргексидина. После снижения билирубинемии на фоне интенсивной терапии на 4-е — 5-е сутки больным была с успехом выполнена ЛХЭ.

Трем больным с деструктивной формой холецистита в связи с тяжелой фоновой патологией (ишемия миокарда и нарушение сердечного ритма) в первые сутки после поступления под контролем УЗИ была наложена чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХС). Декомпрессия желчного пузыря и желчевыводящих путей привела у этих больных к быстрой ликвидации интоксикации, стабилизации гемодинамики. После коррекции нарушений гомеостаза и сердечной деятельности им была успешно выполнена ЛХЭ. Таким образом, из 140 больных с осложненными формами холецистолангiolитиаза, одномоментной ЛХЭ подвергнуты 118 пациентов. У 22 больных были предприняты двухэтапные вмешательства — ЭРХПГ с экстракцией конкрементов с ЛХЭ (19 больных), ЧЧХС с ЛХЭ (3 больных).

Всем больным за 30 — 40 мин. до ЛХЭ вводили внутривенно амоксициллина-клавулат (амоксиклав) в дозе 1,2 г. В послеоперационном периоде пациентам с гангренозным холециститом, эмпиемы желчного пузыря, наличием в ходе операции плотного инфильтрата, перивезикального абсцесса, у больных сахарным диабетом и лиц в возрасте старше 70 лет осуществлялась в течение 5 дней антибиотикотерапия двумя препаратами — амоксиклавом в дозе 1,2 гр. и метрогилом в дозе 100 мл два раза в сутки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Непосредственные результаты эндовидеохирургических методов лечения при осложненном холецистите были в целом положительные. Анализ нашего клинического материала показывает, что на современном этапе 95 % больных с острым холециститом обращается за медицинской помощью слишком поздно и имеет деструктивные формы заболевания, что определяет необходимость активной неотложной хирургической тактики. Следует отметить, что из 137 больных с деструктивными формами холецистита и поздними сроками поступления у 35,0 % пациентов локальная симптоматика деструкции желчного пузыря была сглажена: отсутствовала заметная мышечная защита в правом подреберье, была сглажена болевая реакция, не контурировался увеличенный желчный пузырь, отсутствовали температурная реакция и симптомы раздражения брюшины. О «скрытом деструктивном холецистите» указывает А.Г. Бебуришвили с соавт. [9] и другие исследователи.

Опыт клиники факультетской хирургии убеждает нас в том, что залогом успеха ЛХЭ при остром холецистите являются два важных фактора: сроки с момента заболевания до операции и квалификация хирурга.

Оценивая возможности ЛХЭ при остром деструктивном холецистите, нами учитывалась спе-

цифика манипулирования в области желчного пузыря, гепатохоледоха и холедоха на фоне воспалительного деструктивного процесса. Так как во всех наблюдениях имелся обтурационный холецистит, всем оперированным пациентам после обзорной ревизии брюшной полости и разделения рыхлых сращений для удобства манипуляции осуществлена пункция желчного пузыря. Из 32 больных со сроками заболевания до 6 суток рыхлый инфильтрат в перипузырной области обнаружен у 22 (68,8 %). Разделение рыхлых сращений крючком или диссектором не вызывало технических трудностей. Повышенная кровоточивость из рыхлых сращений останавливалась путем диатермокоагуляции. По нашим данным формирование плотного инфильтрата при деструктивном холецистите в области шейки желчного пузыря, гепатохоледоха и тотального околопузырного инфильтрата происходит как правило после 6 суток заболевания и наблюдалось у 39 наших больных. В ходе ЛХЭ при плотном инфильтрате возникли технические проблемы, связанные с повышенной кровоточивостью, трудностями визуализации, клипирования и коагуляции сосудов, а так же пузырного протока. При разделении плотного инфильтрата чаще пользовались крючком, тупой препаровкой инструментом или марлевым тупфером. Особое внимание в препаровке уделяли принципу «парусности», т.е. созданию натяжения тканей путем захватывания латеральным зажимом фиксированных к стенке пузыря тканей и органов и отведение их вправо и каудально. Такой прием позволяет определить в натянутых спайках кровеносные сосуды и, в то же время максимально отстранить примыкающие к желчному пузырю полые органы. При наличии плотного инфильтрата при ЛХЭ манипуляции должны основываться на детальной верификации анатомических структур ворот печени, печеночно-двенадцатиперстной связки, сочетанием острого разделения тканей с тупой препаровкой инструментом или марлевым тупфером. По окончании разделения инфильтрата у хирурга должна быть полная уверенность в надежности гемостаза. Особую сложность вызывает разделение плотного инфильтрата в шеечной части желчного пузыря и треугольника Кало. У всех оперированных больных мы рассекали поперечно брюшину в области шейки желчного пузыря. После этого захватывали зажимом Гартмановский карман и производили тракцию пузыря каудально и латерально, марлевым тупфером отслаивали инфильтрированные ткани и брюшину в сторону печеночно-двенадцатиперстной связки. Выделение пузырного протока всегда начинали с латеральной стенки ввиду редкого расположения в этой зоне пузырной артерии. Затем рассекали брюшину по латеральному краю желчного пузыря до тела последнего. Эта зона наименее опасна для манипуляций, поэтому здесь максимально выделяли из сращений пузырный проток и пузырь из ложа. Следующим этапом было рассечение брюшины в области треугольника Кало как мож-

но ближе к стенке протока и выделяли пузырную артерию. Считаем более рациональным вначале выделить, клипировать и пересечь пузырную артерию. Этот этап удлиняет время операции (на 10–15 мин.), но зато создает неоспоримые преимущества для точной визуализации, дифференцировки и идентификации печеночного и пузырного протоков.

При разделении плотного инфильтрата у 4 больных был обнаружен перивезикальный абсцесс. Во всех этих наблюдениях он локализовался в области тела желчного пузыря. После санации полости абсцесса и подпеченочного пространства водным раствором хлоргексидина, осуществлялось дренирование подпеченочного пространства толстым силиконовым дренажем.

У 19 пациентов, перенесших в первый этап эндоскопические вмешательства на Фатеровом соске, было выполнено дренирование гепатохоледоха через культю пузырного протока по Холстеду-Пиковскому. 10 больным была выполнена операционная холангиография.

Однако, технические трудности у 5 (3,6 %) больных с деструктивными формами острого холецистита не смогли преодолеть возможность ЛХЭ. Им произведена конверсия. Причиной перехода на лапаротомию у 4 больных явился каменистой плотности инфильтрат в области шейки желчного пузыря и печечно-двенадцатиперстной связки. У одной больной при обзорной лапароскопии при наличии инфильтрата в подпеченочном пространстве обнаружено большое количество серозного выпота в брюшной полости и значительно раздутые гиперемированные кишечные петли. При лапаротомии установлена obturация подвздошной кишки желчным камнем, наличие пузырnodуоденального свища, эмпиемы желчного пузыря и перивезикального абсцесса. Произведена энтеротомия, удаление желчного камня из просвета кишки, холецистэктомия с ликвидацией свища, подведение резинового дренажа и тампона к ложу желчного пузыря. Больная поправилась.

Послеоперационные осложнения отмечены у 6 (4,29 %) больных. Нагноение послеоперационной раны в месте извлечения желчного пузыря отмечено у 3 больных, послеоперационный панкреатит — у одного, подпеченочный абсцесс — у 1. Длительное желчеистечение из ложа удаленного желчного пузыря и по дренажу из дренированного по Холстеду холедоха в результате желчной гипертензии наблюдалось у одной больной. При ЭРХПГ у пациентки диагностирована стриктура Фатерова соска и наличие дополнительного желчного протока к месту удаленного желчного пузыря (рис. 1). После ЭПСТ желчеистечение прекратилось. У одного больного с гангренозным холециститом после ЛХЭ и выписки из стационара на 10-е сутки после операции развилась клиника подпеченочного гнояника. После повторной госпитализации, чрескожного дренирования гнояника и его санации больной поправился.

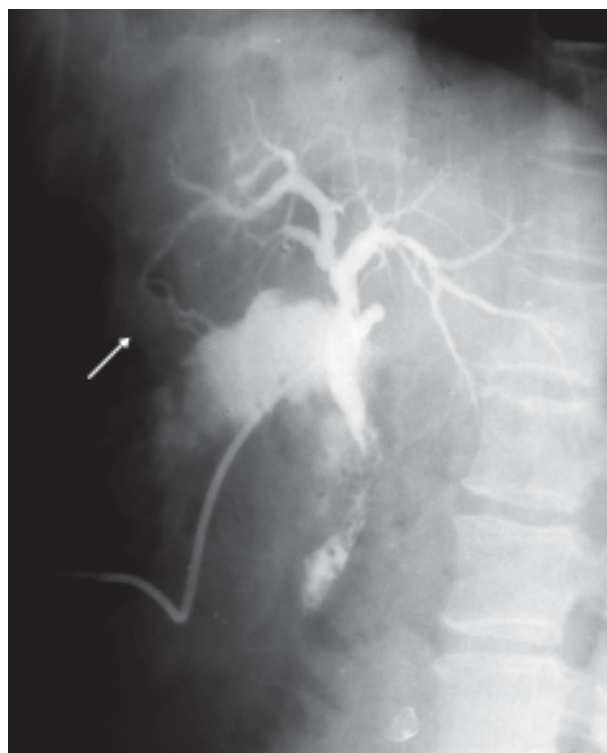


Рис. 1. Больная К., 59 лет. Послеоперационная фистулограмма. Стриктура терминального отдела холедоха. Подтекание контраста через дополнительный желчный проток в ложе удаленного желчного пузыря.

Умер один (0,7 %) больной. Причиной летального исхода явился обширный трансмуральный инфаркт миокарда, развившийся через 2 суток после ЛХЭ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На современном этапе, при наличии подготовленных высококвалифицированных специалистов и соответствующего оборудования эндовидеохирургическое лечение следует считать приоритетным направлением в лечении осложненных форм холецистохолангиолитиаза. Определющими факторами успеха ЛХЭ при деструктивных формах острого холецистита являются сроки с момента заболевания и опыт хирурга. Эндовидеохирургические вмешательства у данной группы больных должны выполняться только в дневное время.

Применение современной интраоперационной антибактериальной профилактики и послеоперационной терапии у больных, оперированных по поводу острого деструктивного холецистита, уменьшает количество послеоперационных осложнений. Приобретенный опыт эндовидеохирургических вмешательств позволяет шире внедрять его и при осложненных формах холецистохолангиолитиаза со сроками заболевания более 3-х суток. При выполнении ЛХЭ необходимо помнить, что технические трудности не должны превышать возможности эндоскопической операции, поэтому конверсия в таких случаях является наиболее рациональным и грамотным решением.