

ID: 2011-02-24-A-1225

Оригинальная статья

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

Малоинвазивная декомпрессия желчного пузыря при остром деструктивном холецистите, как альтернатива экстренной хирургической операции у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минсоцздрава России

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

Minimally invasive decompression of the gallbladder in acute destructive cholecystitis, as an alternative to emergency surgery in patients with high anesthesia risk operationally

Russia, Saratov, Saratov State Medical University

Резюме

В клинике в 2006-2011 годах находились 438 пациентов с острым холециститом причем 51% из них составляли люди старшей возрастной группы. Пациентам пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском традиционное хирургическое лечение дополняли малоинвазивными санационными вмешательствами под контролем ультразвукового исследования. Одномоментная пункционная санация выполнена 17 больным, еще у 43 человек использована чрезкожная чрезпеченочная микрохолецистостомия. Средний возраст названных больных составил 70,9 лет. У всех больных регистрировали значимое улучшение состояния непосредственно после манипуляции. Использование сонографически контролируемых малоинвазивных технологий при остром холецистите 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.

Ключевые слова: острый холецистит, ультразвуковая диапевтика

Введение

Острый холецистит (ОХ) по-прежнему остается актуальной проблемой современной неотложной хирургии, особенно гериатрической, поскольку не менее 50% всех больных с этой патологией составляют люди пожилого и старческого возраста [4].

Нет ни одного раздела хирургии, в котором мнения хирургов расходились бы столь значительно, как в определении хирургической тактики при остром холецистите. Целесообразность активной хирургической тактики у больных ОХ, по мнению ее сторонников, обусловлена тем, что морфологические изменения в желчном пузыре никогда бесследно не исчезают, но приводят к развитию экстрапузырных осложнений. Интерес к возможности перехода на активную тактику с выполнением ранних операций у больных с ОХ в течение 24-48 часов от начала заболевания возрос после проведения ряда рандомизированных клинических исследований [1]. В результате этих исследований было установлено, что выполнение операции в эти сроки приводит к достоверному снижению летальности и частоты осложнений, связанных с прогрессированием ОХ и развитием его внепузырных и системных осложнений [2]. Было доказано, что особую опасность представляет проведение длительного консервативного лечения ОХ у больных пожилого и старческого возраста, особенно на фоне сахарного диабета [1; 5]. Использование активной тактики не привело к снижению летальности в этой группе больных. Общая и послеоперационная летальность у больных с 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]. После экстренных вмешательств у больных старше 80 лет послеоперационная летальность превышает 40-50%, что делает эти операции крайне рискованными [6]. 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 ультразвукового исследования. Такие малоинвазивные вмешательства получили название интервенционной сонографии или ультразвуковой диапевтики [3]. Для ультразвуковой диапевтики 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" (поросячий хвост) – чрезкожная чрезпеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС); одномоментная пункционная санация желчного пузыря (ОПС) тонкой иглой Chiba 20-22 G. [7].

Цель

Улучшить результаты лечения больных острым холециститом с высоким операционно-анестезиологическим риском

Материал и методы

В клинике в 2006-2011 годах находились 438 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 сонографическую классификацию В.М. Буянова (1994) [3], предусматривающую выделение четырех эхосиндромов острого холецистита (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от клинико-сонографической характеристики

Клинико-сонографические группы	Средний возраст, лет	Больные		ВСЕГО
		старшей возрастной группы	с сопутствующей патологией	
I ОХ без деструкции стенки	56,9	45	54	178
II Острый деструктивный холецистит без внепузырных осложнений	58,6	68	75	185
III ОХ с перивезикальным инфильтратом или абсцессом	61,3	50	61	71
IV ОХ с распространенным перитонитом	68, 1	3	4	4

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 ($p < 0,05$).

Результаты

Первую группу составили 178 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 64 человека. Послеоперационной летальности и осложнений не отмечено. Еще 7 больных были переведены в терапевтическое отделение для лечения сопутствующих заболеваний. Следует отметить, что значительная часть госпитализированных (107 человек) от предложенной операции отказалась.

Выявление симптома «двойного контура» свидетельствовало о выходе патологического процесса за пределы стенки желчного пузыря при остром деструктивном холецистите (рис.1).



Рис.1. Острый деструктивный холецистит.
«Двойной контур» стенки желчного пузыря

Дальнейшая синдромная дифференцировка зависела от состояния паравезикальных тканей. При отсутствии признаков экстравезикальных осложнений ОХ трактовался как острый деструктивный без внепузырных осложнений, а больные относились нами ко второй группе. Вторую группу больных составили 185 человека со средним возрастом 58,6 лет. Всем им лечение начинали с консервативных мероприятий (холод, антибактериальная, противовоспалительная, инфузионная терапия), предлагая хирургическое лечение при неэффективности. Оперировано 83 пациента без осложнений и послеоперационной летальности. У остальных 102 человек удалось купировать ОХ консервативно. Они были выписаны с рекомендацией повторной 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 (Рис. 2а).

Третья группа состояла из 71 человек. У 59 из них был диагностирован перивезикальный инфильтрат; у 12 – перивезикальный абсцесс. Средний возраст больных этой группы составил 61,3 лет. Перивезикальные абсцессы локализовались в ложе желчного пузыря и визуализировались в виде гипо-эхогенных зон неправильно округлой формы с нечеткими контурами и зоной перифокальной эхогенности. Больным этой группы проводилось упорное консервативное лечение. Оперировано по экстренным показаниям два человека, один из которых умер от кровотечения из острой язвы двенадцатиперстной кишки.

Развитие перитонита предполагали при выявлении ЭХО-признаков свободной жидкости в виде плащевидных и треугольных эхонегативных структур в подпеченочном пространстве, поддиафрагмальном пространстве и малом тазу, а также синусе Мориссона.

Четвертую группу составили 4 пациента (Рис.2б). 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 сопровождалось и другими сонографическими характеристиками воспаления. В частности, при остром холецистите без деструкции стенки гиперэхогенная взвесь в просвете желчного пузыря выявлена нами у 29 пациентов, при остром деструктивном холецистите без внепузырных осложнений – в

78 наблюдениях и при остром деструктивном осложненном холецистите – у всех больных.



Рис. 2. а) Острый деструктивный холецистит. Перивезикальные абсцессы.
б) Острый деструктивный холецистит, осложнённый перитонитом

Пациентам пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском выполняли малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ (табл. 2). Одномоментная пункционная санация (ОПС) выполнена 17 больным, еще у 43 человек использована чрезкожная чрезпеченочная микрохолецистостомия (ЧЧМХС). Средний возраст названных больных составил 70,9 лет. Тяжелая сопутствующая патология выявлена у всех пациентов.

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	64	-	-	114
II Острый деструктивный холецистит без внепузырных осложнений	83	12	-	90
III ОХ с перивезикальным инфильтратом или абсцессом	2(1)	5	43	21
IV ОХ с распространенным перитонитом	4(1)	-	-	-
ВСЕГО:	153	17	43	225

Важным требованием, обеспечивающим возможность выполнения пункционной санации желчного пузыря, служили однородность и эхонегативность его содержимого. Чрезкожная чрезпеченочная пункция выполнялась одноразовыми иглами Chiba 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 43 пациентов применяли чрезкожное чрезпеченочное дренирование ЖП под контролем УЗИ с помощью «стиллет-

катетера» и pig-tail дренажа. Подобное вмешательство использовано всем больным с перивезикальными абсцессами (12 человек). При этом в двух наблюдениях удалось отдельно опорожнить гнойник и дренировать желчный пузырь, у остальных наблюдалась отчетливая положительная динамика в ходе санационных мероприятий и консервативной терапии. 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 был один случай внутрибрюшного кровотечения. Больной в экстренном порядке был оперирован. Причиной кровотечения явилось место прокола в цирротически измененной печени. Больному была выполнена холецистэктомия, тампонада ложа желчного пузыря и дренирование брюшной полости. Данный случай окончился летальным исходом. Причиной смерти явилось кровотечение из острой кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки. У 21 человек наблюдались вагусные реакции – артериальная гипертензия, брадикардия, тошнота после выполненных манипуляций. Они были устранены медикаментозной терапией. У двух больных было самопроизвольное выпадения дренажного катетера.

Из 60 ранее «неприкасаемых» пациентов после малоинвазивных ЭХО-контролируемых вмешательств 26 оперировали в плановом порядке через 4-6 месяцев: всем выполнены радикальные операции без осложнений. В ходе этих операций всегда обнаруживали инфильтративные и рубцово-склеротические изменения желчного пузыря и в перивезикальных тканях.

Обсуждение

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. Ультразвуковая диапневтика явилась альтернативой экстренной операции, что несомненно улучшило результаты лечения. Интересно, что несмотря на деструктивные изменения в стенке ЖП при ОХ с эмпиемой, а возможно и с гангреной, после его декомпрессии ни в одном случае не наблюдалось прогрессирования перитонита.

Заключение

Несомненна паллиативность малоинвазивной ЭХО-контролируемой декомпрессии желчного пузыря, однако использование ее в этапном лечении острого холецистита в

рамках концепции активной хирургической тактики позволяет отказаться от вынужденных экстренных и срочных операций и способствует возможности выполнения плановых радикальных хирургических вмешательств.

Литература

1. Бобров, О.Е. Эволюция взглядов на выбор лечебной тактики при остром холецистите / 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-диапневтики 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. – S. 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. – P. – 8-16.