

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

В.П. Кравец¹, А.В. Кравец², А.Л. Сытник³

Проведен анализ частоты осложнений калькулезного холецистита у 97 больных. Обобщен опыт применения современных методик оперативного лечения осложненного калькулезного холецистита и их результаты.

ВВЕДЕНИЕ

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) занимает одно из первых мест по распространению среди всех заболеваний. Около 10 % населения мира болеет ЖКБ. Заболеваемость ЖКБ в последние десятилетия значительно увеличилась. Среди острых хирургических заболеваний калькулезный холецистит составляет 7-20%. Осложнения ЖКБ возникают в 12-13 % случаев [1,2,3].

Несмотря на успехи, достигнутые в хирургии неосложненного воспаления желчного пузыря, результаты лечения осложненного калькулезного холецистита заставляют желать много лучшего.

Неблагоприятные непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения наблюдаются чаще у лиц, страдающих длительное время хроническим калькулезным холециститом, который нередко приводит к грубым, необратимым патоморфологическим и патофизиологическим изменениям всей билиарной системы и других физиологически связанных с ней органов.

Весьма важной проблемой осложненного калькулезного холецистита является своевременное его распознавание, а также определение соответствующей тактики и выбора метода оперативного лечения в зависимости от характера осложнения с учетом особенностей динамики патологического процесса и общего состояния больного. Вопрос выбора метода холецистэктомии (лапароскопической, минилапаротомной или «открытой») при остром осложненном холецистите остается дискуссионным [4,5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести анализ и обобщение собственного опыта лечения больных для последующего улучшения комплексной диагностики и лечения осложненного калькулезного холецистита.

МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наблюдалось 97 больных осложненным калькулезным холециститом. Мужчин было 30 (30,9 %), женщин — 67 (69,1%). Возраст больных от 35 до 83 лет.

Всем больным предварительно проводились общеклинические анализы, рентгенологическое, эндоскопическое, ультразвуковое исследования.

¹ Канд. мед. наук, доцент, Сумский государственный университет.

² Ассистент, Сумский государственный университет.

³ Канд. мед. наук, ассистент, Сумский государственный университет.

Дооперационное обследование, кроме общепринятого при ЖКБ, при наличии клинических симптомов заболевания других органов и систем дополняли специальными методами диагностики.

Исход и успехи хирургического лечения больных с различными осложнениями холецистита во многом зависели от правильно и своевременно проведенной предоперационной подготовки. Задачи ее в каждом конкретном случае определялись видом и характером осложнения, общим состоянием больного, возрастом, сопутствующей патологией.

Прободение стенки желчного пузыря с развитием разлитого желчного перитонита наблюдали у 1 больного. У 6 (6,2 %) лиц имел место серозный и серозно-фибринозный перитонит. Конкременты во внепеченочных желчных протоках обнаружены у 12 (12,4%) человек.

У 12 (12,4%) больных воспаление желчного пузыря сопровождалось развитием панкреатита. Околопузырный абсцесс развился у 6 (6,2 %), водянка желчного пузыря – у 11 (11,3 %), эмпиема – у 29 (29,9 %) пациентов.

Воспаление стенки желчных протоков выявлено у 17 (17,5 %) наблюдаемых. Холангит чаще сочетался с холецистопанкреатитом, холедохолитиазом. У 7 (7,2%) больных имел место гнойный холангит. У 26 (26,8 %) лиц при осложненном холецистите отмечались механическая желтуха различной интенсивности, внутренние желчные свищи - у 2 (2,06 %).

Одним из самых тяжелых осложнений хронического калькулезного холецистита является рак желчного пузыря и желчевыводящих протоков. Нами диагностирован 1 случай рака желчного пузыря. Развитие заболевания наступило на фоне хронического калькулезного холецистита.

Радикальным методом лечения при осложненном калькулезном холецистите явилась холецистэктомия. Открытая холецистэктомия выполнена 82 (84,5%) больным, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) - 15 (15,5 %).

Трудности выполнения ЛХЭ при остром холецистите были связаны с воспалительно-инфильтративными изменениями в области гепатодуоденальной связки, затрудняющими идентификацию ее структур, риском повреждения общего желчного протока и окружающих органов, возникновением кровотечения.

Отмечено, что инфильтративные изменения тканей далеко не всегда соответствуют длительности заболевания. Нередко при операции, выполняемой даже спустя 3 сут и более от начала заболевания, не возникает технических затруднений, а при меньших сроках - появляются сложности, требующие конверсии.

При калькулезном холецистите, осложненном нарушением проходимости желчных протоков, основной задачей оперативного вмешательства являлось устранение препятствия и восстановление нормального желчеоттока. Для этого выполняли холедохотомию.

Показаниями к холедохотомии считали обтурационную желтуху, расширение гепатикохоледоха, наличие конкрементов в протоках, деформацию и сужение желчных ходов, вклиненные камни большого дуоденального соска, индуративный панкреатит, вызывающий сужение терминального отдела холедоха, наличие патологических примесей в желчи («замазки», хлопьев, мелкого песка), мелкие камни в желчном пузыре при широком пузырном протоке.

По данным литературы и наших клинических наблюдений, противопоказаниями к наружному дренированию желчных протоков являются неустраняемые причины нарушения оттока желчи в кишечный тракт. Из многих возможностей завершения холедохотомии применение

наружного дренирования желчных ходов необходимо рассматривать как вынужденную операцию, когда нельзя наложить первичный шов или закончить операцию внутренним дренированием.

Наружное дренирование желчных протоков осуществили 13 (13,4 %) больным.

Дренирование холедоха по Холстеду-Пиковскому выполнили 12 лицам, по Вишневскому - 1. Показаниями к наружному дренированию желчных протоков явились: неуверенность в полном удалении мелких камней из гепатикохоледоха, острый холецистопанкреатит, гнойный холангит.

Завершение холедохотомии внутренним дренированием является наиболее рациональным методом восстановления желчеоттока при трудноустраняемых или неустраняемых причинах проходимости терминального отдела общего желчного протока. Холедоходуоденостомия по Юрашу произведена 25 (25,8%) больным. Показаниями к наложению холедоходуоденостомии явились: множественные конкременты, густая «замазка», песок, холангит, стриктуры и сужения терминального отдела общего желчного протока, отек головки поджелудочной железы, а также неуверенность в проходимости гепатикохоледоха или большого дуоденального соска.

В послеоперационном периоде больным проводили инфузионную, антибактериальную, обезболивающую терапию, профилактику тромбоэмболических осложнений, лечение сопутствующей патологии.

Инфузионная терапия проводилась 5-7 суток. Использовали 0,9% раствор натрия хлорида, 5% раствор глюкозы, солевые и другие растворы. Профилактику гнойно-септических осложнений проводили антибиотиками группы цефалоспоринового ряда, аминогликозидами, фторхинолонами в сочетании с метронидазолом.

С целью профилактики тромбоэмболических осложнений назначали антикоагулянты (гепарин - 2500-5000 МЕ 4 р./сут, фраксипарин - 0,3 мл 1 р./сут), дезагреганты (дипиридамол), препараты, улучшающие микроциркуляцию (трентал), применяли раннюю активацию больных.

Послеоперационная летальность составила 2,06 %.

Средняя продолжительность лечения больного в стационаре - 11,3 к /дня.

ВЫВОДЫ

Анализ наших наблюдений показывает, что решение проблемы лечения осложненного калькулезного холецистита должно идти по двум направлениям:

1) предупреждение развития осложнений путем своевременного и радикального хирургического лечения неосложненного калькулезного холецистита;

2) улучшение методов комплексной диагностики осложнений калькулезного холецистита с применением адекватных лечебных мероприятий, направленных на ликвидацию или коррекцию патологического процесса.

Ранняя диагностика и своевременно проведенное рациональное оперативное вмешательство являются залогом успешного излечения.

SUMMARY

There are given results of surgical treatment of 97 patients with calculous gallbladder disease and its complication. There were performed 97 operations, 15 of them (15,5 %) were patients having undergone laparoscopic cholecystectomy and 82 (84,5 %) patients having undergone «open» cholecystectomy.

Key words: surgical treatment, complication calculous cholecystitis.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабышин В. В., Зезин В. П. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа // Хирургия. - 1998. - № 12. - С. 28-29.
2. Петухов В. А., Кузнецов М. Р., Болдин Б. В. Желчнокаменная болезнь: современный взгляд на проблему // Анналы хирургии. — 1998.—№1. - С.12-16.
3. Прудков М. И. Минилапаротомия и «открытые» лапароскопические операции в лечении больных желчнокаменной болезнью // Анналы хирургии. - 1997. - № 1. - С. 32-35.
4. Уроки лапароскопической холецистэктомии / М. Е. Ничитайло, В. В. Дяченко, А. Н. Литвиненко и др. // Клін. хірургія. — 2001. — № 10. — С. 6-9.
5. Павловський М. П., Попик М. П., Гавриш Я. І. Ускладнення лапароскопічної холецистектомії. Аналіз власного досвіду // Шпит. хірургія. —2002. — №1. — С. 83-86.

Поступила в редакцию 31 января 2007 г.