



Р.С. Шевченко,
С.І. Шевченко,
Ю.П. Гніденко,
М.А. Селезньов

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ЩО УСКЛАДНЕНА ОБТУРАЦІЙНИМ ХОЛЕСТАЗОМ У ХВОРИХ ЛІТНЬОГО ВІКУ

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

Резюме. Проаналізовані результати лікування 446 хворих літнього віку з ЖКХ, що ускладнена обтураційним холестазом. З них 237 пацієнтів було оперовано за допомогою мініінвазивних технологій, традиційна оперативна допомога виконана у 128 випадках. Розглянуті клінічні ситуації, в яких застосування ендоскопічних технологій виявилось неефективним або недоцільним. Аналіз отриманих результатів показує, що мініінвазивні технології є високоефективними оперативними втручаннями при обтураційному холестази у даної категорії хворих, проте високий операційно-анестезіологічний ризик вимагає індивідуального підходу у виборі способу хірургічного лікування.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, обтураційний холестаза, мініінвазивні технології.

Вступ

Протягом останніх десятиліть не знижується частка ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), що пов'язане із збільшенням числа осіб літнього і старечого віку і тривалим терапевтичним лікуванням хвороби [1, 3]. Операції, у тому числі і ендовідеохірургічні й з мінідоступу, які виконані на висоті жовтяниці і печінкової недостатності, у пацієнтів літнього віку, що мають важку супутню патологію, супроводжуються великою кількістю ускладнень і високою летальністю. Це обумовлено тим, що в гострому періоді такі пацієнти погано переносять будь-який вид хірургічного втручання через край низькі резервні можливості організму [7].

Сучасний підхід до проблеми адекватної біліарної декомпресії заснований на пріоритетному використанні мініінвазивних технологій, що дозволяють дренувати жовчне дерево [4, 5, 6]. Багато захворювань біліарного тракту в даний час успішно можуть бути піддані ендоскопічному лікуванню, проте нові методики вимагають деталізації техніки і вивчення результатів [8]. Стрімкий розвиток медичних технологій дозволяє понизити інвазивність і підвищити результативність діагностичного етапу в плануванні лікувального протоколу, але залишаються невирішеними питання раціонального їх застосування і інтерпретації даних в рішенні тактичних питань, особливо у осіб з високим операційно-анестезіологічним ризиком. У основній масі літератури цьому практично не приділяється уваги. Це визначає актуальність розробки питань по комплексному диференційованому застосуванню мініінвазивних методів діагностики й лікування

ускладненої ЖКХ у хворих з високим операційно-анестезіологічним ризиком [2].

Метою роботи було поліпшення результатів хірургічного лікування хворих на гострий холецистит літнього віку, що ускладнений обтурацією жовчних проток в умовах високого операційно-анестезіологічного ризику на основі диференційованого застосування мініінвазивних технологій.

Матеріали та методи дослідження

Аналіз клінічного матеріалу наведено за результатами обстеження і лікування 446 хворих з ускладненим перебігом ЖКХ і високим операційно-анестезіологічним ризиком (ОАР) за системою ASA (American Society of Anesthesiologists), що проходили лікування в хірургічних відділеннях 17 КБЛ м. Харкова за 2003-2009 рр.

Чоловіків було 20,9 %, жінок – 79,1 %. Пацієнти до 60 років склали тільки 8,5 %. У чоловіків превалювали хворі у віці 61-70 років (54,8 %), у жінок – у віці 71-80 років (44,8 %), причому кількість хворих старше за 80 років складала 23,6 %. З метою порівняльного аналізу безпосередніх результатів лікування пацієнтів з високим операційно-анестезіологічним ризиком, хворі були розділені на 2 групи. Контрольна група хворих – 186 пацієнтів, основна група – 260 хворих. Важкість стану, характер супутніх захворювань, статево-віковий склад в обох групах були зівставними ($p < 0,05$). До 24 годин з моменту початку захворювання госпіталізовані тільки 17,7 % хворих. Основна маса хворих гострим холециститом (58,3 %) надійшла в стаціонар в межах 24-72 годин від початку захворювання.



ЖКХ в анамнезі була у 409 (91,7 %) пацієнтів. Конкременти в жовчному міхурі не були виявлені у 23 пацієнтів основної й 14 – контрольної групи. У 52 пацієнтів основної і 41 контрольної групи камені у жовчному міхурі були виявлені випадково (так звані «камененосії») при УЗД. Різні ускладнення ЖКХ і гострого холециститу в анамнезі й при госпіталізації були у 272 (61 %) пацієнтів. У основній групі вони спостерігалися в 59,6 %, в контрольній – 62,1 %. Різні важкі супутні захворювання були у всіх пацієнтів. Одне супутнє захворювання відмічалось у 137, два – у 181, три та більше – у 129 хворих.

З метою діагностики гострого холециститу, супутньої патології і оцінки ступеня декомпенсації функцій різних органів і систем, інструментальні методи дослідження були виконані у всіх пацієнтів. Клінічні і біохімічні методи дослідження виконувались з використанням загальноприйнятих методик. Рентгенологічні дослідження виконувались на устаткуванні фірми «Siemens», ендоскопічні, – фірми «Olympus», ендовідеохірургічне втручання – устаткуванням та інструментом фірм «Ефа» і «Karl-Shtorc», ультразвукові – на устаткуванні фірми «Siemens» і «Aloka». Функцію зовнішнього дихання вивчали за допомогою апарату Spiro Pro Jaeges (Японія). Відсоток насичення киснем крові визначали за допомогою пульсоксиметра фірми «Nonin» (США). Діагностичні дослідження й черезшкірні втручання у хворих з гострим холециститом і механічною жовтяницею проводили з використанням ультразвукових апаратів, що працюють в реальному режимі часу. Для візуалізації органів гепатодуоденальної зони застосовували датчики 3,5-4 МГц, що володіють глибокою проникаючою й хорошою роздільною здатністю. Для виконання черезшкірних діагностичних і лікувальних втручань застосовували голки різної конструкції завдовжки 15-45 см, калібром 23-18 F (0,64-1,25 мм). Як дренаж використовували різні модифікації катетерів із зовнішнім діаметром 4-14 F (1,3-4,3 мм), по можливості – рентгенконтрастні. Датчики для інтраопераційних досліджень з частотою сканування 5,0 і 7,5 МГц. Останній – конвексний датчик з керованим дистальним кінцем, діаметром 10 мм, завдовжки 30 мм. Ширина сканування 8 см і глибина до 6 см. Пункцію жовчного міхура виконували через паренхіму печінки, з боку задньої стінки.

Статистичний аналіз отриманих даних здійснювали за допомогою комп'ютерної програми «Statistica» 5.5 (США, 1998). Для створення матриці даних використовували програму Excel 7.0. При порівнянні вибірок невеликого об'єму ($n < 35$) використовувалися непараметричні аналоги t-тесту: U-тест Манна-Уїтні,

двохфакторний тест Колмогорова-Смірнова і тест Уолда-Волфовіца.

Результати дослідження та їх обговорення

Ультразвукове дослідження (УЗД) було виконане всім 446 пацієнтам. Розширення внутрішньопечінкових жовчних проток діагностовано у 10,8 % хворих з тривало існуючим холедохолітазом і неодноразовими епізодами жовтяниці. Розширення позапечінкових жовчних проток спостерігали у 21,5 % хворих. Конкременти в жовчному міхурі були виявлені у 87,8 %, зокрема у холедоку – у 7,2 % хворих. Візуалізувати магістральні позапечінкові жовчні протоки вдалося не у всіх пацієнтів. Холедох був візуалізований у 72,9 % хворих.

Ретроградну холангіографію виконували у 78 (29,3 %) пацієнтів по стандартній методиці, у 25 пацієнтів РХПГ проводилася під загальним знеболенням. У 63 хворих дослідження виконане методом прямої канюляції сосочка, у 15 – після передрозтину (у зв'язку з неможливістю прямої канюляції). При біліарному панкреатиті РХПГ необхідно виконати в максимально ранні терміни, не пізніше 24 годин. Виконання дослідження після 24 годин, із-за набряку папіли і тканин стінки дванадцятипалої кишки, що розвивається у білясосочковій зоні, стає технічно складним, тому що супроводжується надмірною кровоточивістю. Усім пацієнтам була виконана папілосфінктеротомія. Після папілотомії виконувалася санація жовчних проток корзинкою Дорміа або літотріптером, з обов'язковим контрольним контрастуванням. Поєднане застосування ЕПСТ і балонної дилатації сфінктера Одді з подальшим зведенням конкрементів було виконано у 3 хворих, у яких був протяжний стеноз великого сосочка дванадцятипалої кишки з наявністю конкрементів. ЕПСТ у них виявилася неадекватною, у зв'язку з чим була проведена балонна дилатація сфінктера і зведення конкрементів у дванадцятипалу кишку.

В контрольній групі у 58 пацієнтів застосоване тільки консервативне лікування, 128 хворих були оперовані. Оперативна активність склала 68,8 %. Померло 17 хворих, загальна летальність склала 9,1 %, зокрема – післяопераційна – 11,7 %. В основній групі тільки консервативне лікування було застосовано у 23 (8,9 %) хворих. У цих пацієнтів виконати пункцію жовчного міхура, з різних причин, не вдалося. З них померло 2 хворих (8,7 %). 237 (91,1 %) лікувалися за допомогою пункційних методів або були оперовані відразу, або після поліпшення загального стану внаслідок пункційних методів. Загальна летальність склала 5 %, зокрема після інвазійної тактики – 4,6 %. До третього класу ОАР віднесені тільки 1,2 %



пацієнтів основною і 1 % – контрольної групи. 80 % пацієнтів як основної, так і контрольної груп відповідали IV класу ризику, тобто супутні захворювання та їх ускладнення були погано контролюємими і представляли самі по собі потенційну загрозу для життя. До найбільш важкої, п'ятої групи ризику, віднесено більше 18 % пацієнтів основної і контрольної груп.

З метою розрахунку вірогідності розвитку летального результату була виконана оцінка ступеня важкості пацієнтів відповідно до бальної системи шкали APACHE-II. Інтегральна оцінка за цією шкалою виконувалася як під час вступу хворого в стаціонар, так і в ході лікування пацієнта. Питома вага пацієнтів з сумою балів більше 20 в основній групі склала 68,9 %, в контрольній – 70,4 %. При прогнозуванні результатів лікування гострого холециститу за допомогою традиційного хірургічного втручання в обох групах пацієнтів виходили з розрахунків ймовірнісного розвитку летального результату, з урахуванням коефіцієнта важкості хірургічного втручання, виду і тривалості анестезії.

Показання до термінової операції (до перших 6 годин) були виставлені 33 (17,9 %) пацієнтам (перитоніт – у 27 і холангіт – у 6). Оперативне лікування було виконане під загальним знеболенням, традиційним доступом. Операція зводилася до холецистектомії, холедохотомії (7), дренування холедоха по Керу (7), інтубації тонкої кишки (4), санації і дренування черевної порожнини. У 153 хворих лікування починали з консервативних заходів. Ефективність лікування контролювали по бальній системі шкали APACHE-II за допомогою моніторингу клінічних даних, результатів інструментальних досліджень і лабораторних параметрів на 1, 3, 5, 9, 12 і більше діб лікування. У першу добу хворі не були оперовані. Негативна динаміка перебігу гострого холециститу на тлі лікування, що проводиться, відмічена у 30 (19,6 %) хворих, у яких наростав ступінь важкості стану. У той же час у 18 (11,8 %) пацієнтів ступінь важкості знизився, в середньому на 11 балів, проте понизити клас ОАР не вдалося ні у одного пацієнта. Усі 4 хворих, у яких сумарний ступінь важкості був вищий 35 балів, померли на 2-3 добу.

У зв'язку з прогресуванням інтоксикації, що обумовлена деструкцією жовчного міхура і появою симптомів перитоніту, на 2-3 добу, за абсолютними показаннями, були оперовані ще 30 хворих. У найближчі години після операції з них померло 6 (20 %) пацієнтів. Причиною їх смерті з'явилася прогресуюча поліорганна недостатність, що посилилася наростанням інтоксикації і тяжкістю хірургічного втручання.

На 4-5 добу показання до оперативного лікування були виставлені у 43 (30 %) хворих із ступенем важкості від 15 до 34 балів. Ступінь

важкості в цій групі підвищився, в середньому, на 8 балів. У найближчий час після операції померло 2 (5 %) пацієнти. У 60 (41,4 %) пацієнтів із тяжкістю стану до 14 балів відмічалася значне поліпшення стану, регрес симптомів гострого холециститу і у 18 з них вдалося понизити ОАР з V на IV, проте вірогідність летального результату залишалася високою (до 10 %), у зв'язку з чим була продовжена консервативна терапія.

На 6-9 добу істотне поліпшення стану відмічено у 81 (56,4 %) пацієнта. У 31 з них був понижений ОАР з V на IV (22) і III (9). На підставі цього і у зв'язку з ризиком розвитку гнійний-септичних ускладнень у 20 пацієнтів були виконані оперативні втручання. На 10-12 добу оперовані 35 хворих, у зв'язку з температурною реакцією, що зберігалася, незадовільними даними УЗД, які не дозволяла виключити наявність абсцесу в області жовчного міхура. Практично у всіх оперованих хворих, незалежно від застосованого доступу, відмічено наростання ступеня важкості (в середньому на 14 балів) у першу добу з подальшим зниженням. Проте, за інших рівних умов, важкість стану після традиційних операцій була значно вища (в середньому на 6 балів), що можна пояснити більшою травматичністю доступу. У той же час, під час лапароскопічної холецистектомії у 7 пацієнтів спостерігалися порушення ритму серця або нестабільна гемодинаміка з падінням артеріального тиску до критичних цифр (менше 70/30 мм рт.ст.). Практично всі пацієнти, незалежно від виду доступу, вимагали продовженої штучної вентиляції легенів (в середньому – протягом 78 годин), 63 % з них була потрібна інотропна підтримка. Різні післяопераційні ускладнення спостерігалися у 52 (40,6 %) хворих.

В основній групі пацієнтів (260 хворих) різні ускладнення ЖКХ і гострого холециститу відмічені у 133 (51,2 %) пацієнтів. Механічна жовтяниця виявлена у 34,8 %. Тільки консервативна терапія проводилася 23 пацієнтам, у яких пункційний доступ до жовчного міхура здійснити не вдалося. Серед пацієнтів цієї групи з кількістю балів більше 35 за шкалою APACHE-II, в перші 3 доби померли 4 пацієнти.

З цієї групи 216 пацієнтам, на тлі консервативної терапії, що проводиться, протягом перших 3-12 годин з моменту госпіталізації виконувалася пункція жовчного міхура, приміхурових і внутрішньопечінкових патологічних рідинних утворень під УЗД-контролем. 27 пацієнтам пункція виконана одноразово, 78 – двічі, 95 – тричі, 14 – чотири рази і 2-м – п'ять разів. Кількість евакуйованої рідини складала від 15 до 220 мл. У всіх випадках виконувався посів вмісту жовчного міхура на флору і чутливість до антибіотиків.



При інтегральній оцінці ступінь важкості підвищувався, в середньому, на 9 балів. У зв'язку з погіршенням стану і наростанням симптомів перитоніту на 4-5 добу один хворий (важкість стану більше 35 балів) був оперований. Летальний результат наступив через 13 годин. Крайня важкість стану інших 16 пацієнтів не дозволяла виконати оперативне втручання, у зв'язку з чим їм, сподіваючись на успіх, продовжували консервативну терапію (із зміною антибіотиків на препарати з резервного ряду) і виконували повторні пункції жовчного міхура. У 52 (24,1 %) хворих (у контрольній – 11,8 %) на 2-3 добу ступінь важкості за шкалою АРАСНЕ-II знизився, в середньому на 12 балів, ОАР на 1 градацію у 12 % хворих. Ще 15 пацієнтів (важкість стану до 14 балів) були оперовані без летальних результатів.

На 4-5 добу у 46 (21,4 %) пацієнтів стан покращився і їм вдалося понизити ступінь важкості інтоксикації в середньому на 12 балів. У 18 з них вдалося понизити ОАР з V на IV. 31 (14,4 %) хворий із ступенем важкості до 19 балів був успішно оперований. На 6-9 добу істотне поліпшення стану відмічено у 60 (28 %) хворих (в середньому зниження ступеня важкості на 16 балів). У 31 з них був понижений ОАР з V на IV (22) і III (9). На підставі цього й у зв'язку з ризиком розвитку гнійних-септичних ускладнень 35 пацієнтів були оперовані. З них оперативні втручання у 2 хворих (із ступенем важкості 25-29 балів) були вимушеними, у зв'язку з прогресуванням деструктивного процесу. На 10-12 добу оперований тільки 1 хворий, решта пацієнтів була виписана без хірургічного лікування у зв'язку з купіруванням явищ гострого холециститу. У той же час в ході оперативного втручання при лапароскопічній холецистектомії у 7 пацієнтів спостерігалися порушення ритму або нестабільна гемодинаміка з некритичним зниженням рівня артеріального тиску.

При порівнянні ефекту травматичності, впливу на серцево-судинну, дихальну системи, ступені візуалізації тканин в зоні операції, частоти розвитку інтра- і післяопераційних ускладнень найбільш вигідним в цій групі хворих виявився мінідоступ. Він був застосований у 76 пацієнтів, ще 8 були оперовані лапароскопічно. Крім того, мінідоступ дозволив у 21 важкого хворого обійтися епідуральною анестезією, що дозволяло уникнути пригнічення дихальної, серцево-судинної системи і сприяло швидкій реабілітації пацієнтів.

Лікувальні ендоскопічні втручання були виконані у 78 хворих. Ускладнень, що пов'язані з

виконанням ендоскопічних маніпуляцій, не було, у тому числі і при біліарному панкреатиті. У всіх пацієнтів до і після маніпуляції виконувалися пункції жовчного міхура. Поєднання цих процедур з пункціями жовчного міхура дозволяло істотно понизити важкість ступеня інтоксикації на 4-5 день після втручання, в середньому, на 29 балів.

У пацієнтів контрольної групи оперативна активність склала 85 %, летальність – 6,5 %, тоді як в основній оперовано 39,6 % хворих при післяопераційній летальності 3,6 %.

Висновки

та перспективи подальших досліджень

Таким чином, ефективність лікування ускладненої ЖКХ у літніх хворих з високим операційно-анестезіологічним ризиком за допомогою пункційних втручань або дренивання жовчного міхура в комбінації з іншими малоінвазивними втручаннями (РХПГ, ЕПСТ, холецистектомія з мінідоступу, черезшкірне і ендоскопічне стентування холедоха) істотно вище, ніж при традиційному підході, і дозволяє у 60 % випадків досягти зниження ризику втручань.

При механічній жовтяниці, пов'язаній з холедохолітазом або патологією ВДС, дистальним обмеженим стенозом холедоха (до 5 мм) методом вибору є поєднане використання передрозтину ВДС, ендоскопічної балонної дилатації з внутрішньопросвітною санацією холедоха. При неможливості її проведення мінімально ефективними методиками слід вважати ЕПСТ та пункції жовчного міхура і позапечінкових жовчних проток, що дозволяють купірувати жовчну гіпертензію, понизити важкість інтоксикації, підготувати пацієнта до оперативного втручання.

Основними показаннями до виконання лапароскопічного втручання і втручання з міні доступу, в умовах високого ОАР, є необхідність ліквідації гнійних ускладнень і санації черевної порожнини, неефективність ендоскопічних і ендобіліарних втручань.

Впровадження індивідуалізованої тактики лікування ускладненої ЖКХ у хворих з високим ОАР, яка передбачає застосування пункційних методів лікування під УЗД-контролем, диференційованого застосування ендоскопічних, ендобіліарних і лапароскопічних втручань, дозволило знизити оперативну активність з 68,8 до 40,4 %, частоту післяопераційних ускладнень з 40,6 до 26,7 %, післяопераційну летальність з 6,5 до 3,6 %.



ЛІТЕРАТУРА

1. *Выбор метода лапароскопической холецистэктомии при остром деструктивном холецистите* / Н.В. Ташкинов, Е.В. Николаев, Н.И. Бояринцев [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2006. – № 4. – С. 14–16.
2. *Глушков Н.И.* Малоинвазивные технологии в лечении доброкачественной механической желтухи / Н.И. Глушков, В.Б. Мосягин, В.С. Верховский // СПб МАПО «Актуальные вопросы диагностики и хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости». – Санкт-Петербург, 2005. – С. 71 – 76.
3. *Ермолов А.С.* Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему / А.С. Ермолов, А.В. Упырёв, П.А. Иванов // Хирургия. – 2004. – №5. – С. 5 – 9.
4. *Матвеев Н.Л.* Малоинвазивное лечение холедохолитиаза. Дооперационный лечебно – диагностический этап / Н.Л. Матвеев, М.Г. Магомедов // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – №5. – С. 31 – 41.
5. *Мінінвазивна корекція обтурації великого сосочка дванадцятипалої кишки* / М.Ю. Ничитайло, Н.Ю. Ничитайло, П.В. Огородник В.В. Біляев // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 12 – 15.
6. *Обтурационный холестаз: успехи и нерешённые вопросы диагностики и лечения* / П.В. Гарелик, Г.Г. Мармыш, И.Т. Цилиндзь, М.И. Милешко; ред. В.М. Цыркунова // Актуальные вопросы гепатологии: материалы V Междунар. симпозиума гепатологов Беларуси (25–26 сентября 2002 г.). – Гродно, 2002. – С. 46.
7. *Филиппов С.И.* Хирургическая тактика у больных пожилого и старческого возраста с ЖКБ, осложнённой механической желтухой / С.И. Филиппов, Р.А. Арестович, В.Б. Колокольцев // Актуальные вопросы хирургии: сб. научных работ ОГМА. – Омск, 2002. – С. 43–46.
8. *Эндоскопическая папиллосфинктеротомия в лечении обтурационной желтухи и холангита* / В.В. Хацко, А.М. Дудин, С.А. Шаталов [и др.] // Український Журнал Хірургії. – 2009. – № 3. – С. 133 – 135.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕСТАЗОМ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*Р.С. Шевченко,
С.И. Шевченко,
Ю.П. Гниденко,
М.А. Селезнев*

Резюме. Проанализированы результаты лечения 446 больных пожилого возраста с ЖКБ осложненной обтурационным холестазом. Из них 237 пациентов были оперированы с помощью миниинвазивных технологий, традиционные оперативные пособия выполнены в 128 случаях. Рассмотрены клинические ситуации, в которых применение эндоскопических технологий оказалось неэффективным или нецелесообразным. Анализ полученных результатов показывает, что миниинвазивные технологии являются высокоэффективными оперативными вмешательствами при обтурационном холестазе у данной категории больных, однако высокий операционно-анестезиологический риск требует индивидуального подхода в выборе способа хирургического лечения.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, обтурационный холестаз, миниинвазивные технологии.

SURGICAL TREATMENT OF CHOLELITHIASIS COMPLICATED BY OBSTRUCTIVE CHOLESTASIS IN ELDERLY PATIENTS

*R.S. Shevchenko,
S.I. Shevchenko,
Yu.P. Gnidenko,
M.A. Seleznev*

Summary. Results of treatment of 446 elderly patients with cholelithiasis complicated with obstructive cholestasis are analyzed. Of these, 237 patients were operated on using minimally invasive technology, the traditional surgery was made in 128 cases. We consider the clinical situation in which the use of endoscopic technology proved to be ineffective or inappropriate. Analysis of the results shows that minimally invasive technologies are highly effective surgical interventions for obstructive cholestasis in these patients, but the high risk of surgery and anesthesia requires an individual approach in choosing the method of surgical treatment.

Key words: cholelithiasis, obstructive cholestasis, minimally invasive technology.