

На правах рукописи

Маслова Яна Владимировна

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО
АЛГОРИТМА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ:
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, СТЕНОЗА БОЛЬШОГО СОСОЧКА
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ИХ СОЧЕТАНИЯ**

(клиническое исследование)

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

КУРСК – 2019

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Назаренко Дмитрий Петрович**.

Официальные оппоненты:

Ярош Андрей Леонидович – доктор медицинских наук, доцент, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Министерства образования и науки Российской Федерации, кафедра госпитальной хирургии, профессор кафедры.

Зайцев Олег Владимирович – доктор медицинских наук, доцент, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра госпитальной хирургии, доцент кафедры.

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «__» 20 __ в __ часов на заседании диссертационного совета Д 208.039.02 при федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (305041, г. Курск, ул. Карла Маркса, 3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России (305041, г. Курск, ул. Карла Маркса, 3; <http://www.kurskmed.com>)

Автореферат разослан «__» _____ 2019 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

Маль Галина Сергеевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность

Острый холецистит стабильно занимает одну из лидирующих позиций в абдоминальной хирургии и, несмотря на высокую изученность данного вопроса, продолжает широко обсуждаться различными специалистами (Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., 2011; Stromberg C. et al., 2012). Влияние тактических подходов на результативность лечения при неосложненном течении этого заболевания бесспорно отличается от развития характерных осложнений. Внедрение новых диагностических и хирургических технологий в билиарной хирургии способствовало очевидному повышению эффективности в лечении острого холецистита и его осложнений (Бебуришвили А.Г., Шаповальянц С.Г., 2014). Использование мультимодального подхода в лечебно-диагностической стратегии достоверно и позитивно изменило послеоперационные результаты лечения.

Общепринято, что лечебный комплекс при осложненном холецистите включает применение холецистэктомии и различных эндоскопических и малоинвазивных технологий (Куликовский В.Ф., Солошенко А.В., Ярош А.Л., 2014). Современная медицинская помощь подразумевает достаточную материально-техническую обеспеченность хирургического стационара. С учетом большого количества возрастных пациентов и присутствия у них различных сопутствующих заболеваний важное значение имеет профессиональное взаимодействие анестезиологов, реаниматологов и других специалистов. Взвешенное заключение о послеоперационных рисках с персонифицированным подходом дает возможность в конечном итоге минимизировать неудачи и рассчитывать на хороший прогноз в отдаленном периоде.

Более чем тридцатилетняя история лапароскопической холецистэктомии свидетельствует об эволюционном изменении холецистэктомии в сторону максимально широкого лапароскопического варианта вмешательства. Поступательное развитие хирургических навыков, аппаратуры и инструментария в конечном итоге привело к сокращению послеоперационных осложнений и летальности (Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., 2017). Так, благодаря комбинации лапароскопической холецистэктомии и малоинвазивных методик за последние годы существенно снижено количество открытых лапаротомий и послеоперационных осложнений (Канищев Ю.В. и соавт., 2017). Вместе с тем существует понимание, что техническое исполнение вмешательства при остром воспалительном процессе в желчном пузыре и вокруг него часто бывает технически сложным. Недооценка данного обстоятельства служит причиной периоперационных осложнений, таких как кровотечение или травма гепатикохоледоха (Khan O.A. et al., 2011).

Осложнение острого холецистита в виде холедохолитиаза встречается достаточно часто, отрицательно влияет на функциональные показатели печени и служит потенциальным развитием инфекции в желчных протоках, что, в свою очередь, создает проблемы для тактики с максимально быстрым решением подобных состояний (Тарасенко С.В., Зайцев О.В., 2018). Уже традиционно все лидирующие позиции у данной группы больных занимает внутрисветовая эндоскопия в виде эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Хорошо отработанная технология ЭПСТ весьма эффективна с точки зрения удаления конкрементов и лечения холангита, но по-прежнему таит опасность развития острого панкреатита (Costi R., 2011). Другой методикой решения проблемы холедохолитиаза является использование антеградного доступа как для наружного дренирования билиарного дерева, так и для удаления конкрементов из внепеченочного и внутрисветового сегментов (Chung J.W., Chung J.B., 2011).

С учетом развития патоморфологического процесса в желчном пузыре при остром воспалении, что часто встречается у пожилых и возрастных пациентов, многими абдоминальными хирургами производятся дренирующие операции, направленные на быстрое снятие острого процесса. Это может быть первым этапом лечения, а у определенных пациентов из-за высокого риска и конечной хирургической процедурой (Fukino N. et al., 2010).

Указанные выше комментарии касательно проблемы осложненного острого холецистита свидетельствуют о сохраняющейся актуальности данной проблемы, так как тяжесть этих пациентов зачастую обусловлена выраженными локальными изменениями в зоне желчного пузыря, сопутствующей патологией желчных протоков и часто у тяжелых пациентов. В этой связи в исследовании сделана попытка решения такой важной проблемы, как осложненный острый холецистит.

Степень разработанности темы исследования

Активное развитие методик хирургического лечения запущенного (осложненного) и неосложненного (протекающего в легкой форме) холецистита обусловлено внедрением в практику технологий эндовидеохирургии и эндоскопии. На данный момент лапароскопическое удаление желчного пузыря признается стандартом при лечении такого рецидивирующего воспалительного процесса, как калькулезный холецистит. Широкое внедрение хирургического вмешательства в практику позволило уменьшить период госпитализации пациента и сократить сроки его реабилитации. Вместе с тем быстрое развитие эндовидеолaparоскопических технологий сопровождалось и увеличением числа и тяжести интраоперационных осложнений, обусловленных повреждением сосудов печени и внепеченочных протоков.

При накоплении научно-практического опыта в области лапароскопических вмешательств частота интраоперационных осложнений и других последствий достоверно уменьшилась. В то же время не все специалисты, занимающиеся консервативным лечением, направляют на операцию этих пациентов. Современный подход к лечению данных больных предполагает наличие квалифицированных кадров и соответствующего эндоскопического оборудования. Эндоскопические методы сейчас считаются приоритетными в области лечения острого холецистита и его осложнений, а антеградная папиллотомия признается многими хирургами (Cheng C.L. et al., 2012) как эффективный способ устранения холедохолитиаза. Это способствует активному внедрению эндовидеолапароскопических технологий в лечении холедохолитиаза.

Цель работы

Улучшить результаты комбинированного лечения острого холецистита и его осложнений путем использования новых тактических подходов с применением современных технологий.

Задачи исследования

1. Установить показания к выполнению радикальных и дренирующих операций у пациентов с острым холециститом и его осложнениями в зависимости от операционно-анестезиологического риска.
2. Провести сравнительную оценку одно- и двухэтапного лечения пациентов с острым холециститом и его осложнениями в зависимости от результативности лечения.
3. На основании известных технологий дренирующих вмешательств желчного пузыря и предложенных авторских методик при локально выраженном воспалительном процессе сформулировать индивидуальные варианты решения декомпрессионных вмешательств.
4. Разработать лечебно-диагностический протокол для пациентов с острым холециститом и его осложнениями на основании представленного исследования, разработанных новых способов и уже существующего опыта в области хирургии данного заболевания.

Научная новизна

В исследовании на основании сравнительной оценки новых тактических и комбинированных подходов разработан алгоритм диагностики и лечения больных с острым

холециститом и такими его осложнениями, как холедохолитиаз, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) и их сочетания, достоверно продемонстрировано улучшение результатов лечения.

В исследовании оптимизированы показания к разным типам оперативных вмешательств в соответствии с операционным и анестезиологическим риском. Выявлена целесообразность применения антеградных транспапиллярных операций, определены их преимущества при лечении холедохолитиаза, во время выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

Разработаны «метод чрескожной чреспеченочной холангиостомии у холецистостомированных пациентов» (патент № 2649532 РФ от 03.04.2018 г.) и «способ формирования гепатикоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле в случае высоких повреждений желчных протоков» (патент № 2698873 С1 РФ от 30.08.2019 г.).

Теоретическая и практическая значимость работы

Разработанная тактика лечения острого холецистита дает возможность персонализировать выбор объема хирургического вмешательства путем учета операционного риска, значительно повысить эффективность хирургического лечения острого холецистита с приоритетом малоинвазивных хирургических технологий, что имеет практический экономический эффект.

В ходе исследования достоверно установлено, что окончательное решение о целесообразности ЛХЭ при остром холецистите должно осуществляться после определения места перехода шейки желчного пузыря в пузырный проток, что уменьшает процент конверсий, снижается вероятность травмы гепатикохоледоха из-за рубцово-воспалительного процесса, а также вариантной анатомии. Активное внедрение папиллосфинктеротомии на антеградно введенном катетере при ЛХЭ позволяет провести одноэтапное разрешение холедохолитиаза, стеноза БСДК и их сочетания, если эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) невыполнима. Данная методика снижает риск развития постманипуляционного панкреатита, который нередко служит причиной неудачных исходов лечения.

Новый метод формирования гепатикоеюноанастомоза не только позволяет технически облегчить формирование анастомоза, но и профилактирует вероятность возникновения стриктуры протоков в отдаленном периоде. Оригинальный способ чрескожной чреспеченочной холангиостомии у холецистостомированных пациентов путем «искусственной» гипертензии в желчевыводящих путях дает возможность удобного доступа для холангиостомии.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм хирургического лечения острого холецистита и его осложнений (холедохолитиаза, стеноза БСДК и их сочетания) способствует выбору адекватной тактики с учетом степени операционного и анестезиологического риска, с приоритетом использования видеоэндохирургических технологий.

2. У пациентов с острым обструктивным холециститом решение о выполнимости ЛХЭ следует принимать после идентификации перехода шейки желчного пузыря в пузырный проток с целью профилактики травмы гепатикохоледоха из-за рубцово-воспалительного процесса или вариантной анатомии.

3. В результате ЛХЭ и папиллотомии на антеградно введенном катетере в 99,4% случаев появляется возможность устранить патологию со стороны гепатикохоледоха в тех случаях, когда ЭПСТ технически невыполнима.

4. У пациентов с дренирующими операциями предпочтительно выполнение «традиционной» холецистостомии с последующей мукоклазией желчного пузыря, а методом выбора при невыполнимости «традиционной» холецистостомии, из-за высокого риска или по техническим причинам, является микрохолецистостомия.

Личный вклад автора

Анализировал зарубежные и российские литературные источники по предложенной теме, производил составление плана и дизайна исследования, формирование базы данных у пациентов с острым холециститом. Диссертант самостоятельно производил анализ результатов работы, составлял таблицы и графики. Автор выполнил написание диссертации, сопоставление с данными других литературных источников. Доля диссертанта в совместных публикациях составила 85-95%.

Степень достоверности и апробация результатов

Научные положения и выводы, приведенные в диссертационном исследовании, обосновываются современным выбором методов клинико-инструментальной оценки результатов лечения осложненных и неосложненных форм острого калькулезного холецистита, соответствующих поставленным ранее задачам, а также методологической обеспеченностью для статистической обработки данных. Все это позволило сформулировать выводы диссертации на основании представленных результатов.

Основные положения диссертационной работы в итоге публично были продемонстрированы на конференциях КГМУ «Молодежная наука и современность»

(2015-2019); III Всероссийской конференции молодых ученых, организованной Воронежской государственной медицинской академией им. Н.Н. Бурденко и КГМУ (Воронеж, 2009); научной конференции с международным участием «Актуальные вопросы хирургии» (Казань, 2009); научной конференции, посвященной 75-летию кафедры хирургических болезней № 2 и юбилею заведующего кафедрой профессора П.М. Назаренко «Актуальные вопросы хирургии» (Курск, 2013); на заседании «Научно-практического общества хирургов» (Курск, 2019); на совместном заседании кафедр: оперативной хирургии, топографической анатомии хирургических заболеваний ФПО, хирургических болезней № 1 и № 2, общей хирургии (Курск, 2019). Апробация работы состоялась 22.05.2019 г. на базе Курского государственного медицинского университета.

Публикации

По материалам квалификации на степень опубликовано 13 работ, 3 из них в изданиях, которые соответствуют требованиям ВАК РФ. В них содержится полный объем информации, касающейся темы диссертации. Получен патент на изобретение (№ 2649532) РФ и патент на хирургический способ (№ 2698873 С1) РФ.

Внедрение результатов исследования

Материалы диссертации внедрены в учебные программы и применяются в лекционных занятиях и на семинарах кафедр хирургического профиля: ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России; ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минобрнауки; ФГОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России.

Материалы также внедрены в работу областного бюджетного учреждения здравоохранения «Курская городская клиническая больница № 4 и небюджетного учреждения здравоохранения «Отделенческая больница на станции Курск РЖД».

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из 138 страниц, содержит 8 таблиц, 17 рисунков и 1 схему. Работа классически структурирована и имеет введение, обзор литературы, описание клинических материалов и методов, изложение результатов и заключения, выводы, библиографический указатель, который включает 135 источников: 94 отечественных и 41 иностранный.

Материалы и методы исследования

В работе ретроспективно проанализированы результаты оперативного лечения 3120 пациентов с острым холециститом и его осложнениями, находящихся на лечении в период с 2008-го по 2018 год в клинических базах кафедры (хирургическое отделение ОБУЗ КГКБ № 4 г. Курска и НУЗ Отделенческая больница на станции Курск РЖД).

Критериями включения в исследование были пациенты с подтвержденным диагнозом острого холецистита и с решением о согласии на оперативное лечение. В базу данных не были включены пациенты по следующим показателям: острый холецистит с развитием перитонита; «крупный» холедохолитиаз с наличием конкрементов менее 1 и более 10 мм в диаметре, независимо от их количества; патологические холецистодигистивные свищи; операции на верхнем этаже брюшной полости; отсутствие согласия на операцию.

Среди пациентов преобладали лица женского пола – 1840 (59,0%), молодой возраст (43,3%) и реже средняя возрастная группа (26,8%). Все пациенты проходили стандартные лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, биохимический анализ крови. Также использовали инструментальные диагностические методы: электрокардиография, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, дуоденоскопия с применением эндоскопа (модель Olympus GF, Тип 1 T–30). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (печень, поджелудочная железа, желчный пузырь и внепеченочные желчные протоки) выполняли ультразвуковым сканером Aloka Prosound ALFA 6 (Япония).

У 237 (7,6%) пациентов были диагностированы симптомы механической желтухи, которую устанавливали на основании клинических и лабораторных показателей – уровень билирубина был от 50 до 125 мкмоль/л. При подозрении на заболевание внепеченочных протоков – желтуха при поступлении или в анамнезе, расширение общего желчного протока более 9 мм по данным ультразвукового исследования являлись показаниями к проведению интраоперационной холангиографии, выполнение МРТ-холангиографии.

Комплексное обследование позволяло иметь объективную картину относительно различных сопутствующих заболеваний, по нашим данным, 41% больных имели такой отягощающий фактор.

В результате обследования больных определяли степень операционно-анестезиологического риска (ОАР) по классификации Московского научного общества анестезиологов-реаниматологов (МНОАР), которая представляет собой балльную систему подсчета вероятного риска осложнений на основе оценки трех показателей: общего состояния больного; предстоящего объема и характера операции; варианта анестезии.

Существует 5 таких степеней при минимальном количестве баллов 1,5 и максимальном 11. При наличии I – III степени ОАР отдавали предпочтение радикальным операциям (n=2676), в ситуациях IV – V степени оптимальной тактикой хирургического вмешательства рассматривали дренирующую операцию (n=444).

Все пациенты были классифицированы на две основные группы и подгруппы, с учетом степени ОАР (таблица 1).

Таблица 1 - Характеристика пациентов (n=3120)

| I группа, n=2676 (радикальные операции) | | | | | | II группа, n=444 (дренирующие операции) | | | | | | | |
|---|-------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|------|--|-------|------------------------|-------|-----------------------------------|-------|-------|-------|
| Подгруппа I n=2439 | | | Подгруппа II n=237 | | | Подгруппа I | | Подгруппа II | | | | | |
| операция в течение 24 часов | | операция в течение 48 часов | | операция в течение 72 часов | | двухэтапное лечение | | одноэтапное лечение | | «традиционная» холецистостомия | | ЧЧМХС | |
| абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| 1567 | 64,3% | 596 | 24,4% | 276 | 1,3% | 64 | 27,0% | 173 | 73,0% | 164 | 36,9% | 280 | 63,1% |

Примечание: подгруппа I – неосложненный острый холецистит; подгруппа II – осложненный острый холецистит.

В первой группе доминировали пациенты, которые получили лечение в первые 24 часа с момента госпитализации (64,3%), меньшее число имели лечение в сроки 48 часов (24,4%). Большая часть пациентов попали в группу одноэтапного лечения, когда острый холецистит имел осложненное течение в виде желтухи (73%). По нашим данным, превосходство было у пациентов с микрохолецистостомией (63,1%) в группе дренирующих операций.

У всех больных первой группы, которым было показано радикальное лечение, первоочередной задачей было выполнение холецистэктомии лапароскопическим доступом.

Значимым этапом проведения оперативного вмешательства при остром холецистите считается идентификация структур, расположенных в треугольнике Calot. Это обусловлено различной степенью выраженности воспалительной инфильтрации тканей и рубцово-спаечного процесса, а также возможной вариабельностью анатомии внепеченочных сосудистых и билиарных структур печени.

Больным с холедохолитиазом при двухэтапном методе лечения вначале выполняли ЭПСТ с последующей ретроградной холангиографией для уточнения состояния желчных протоков, а затем через 2 ± 1 суток ЛХЭ.

Тактика одноэтапного лечения пациентов с непроходимостью внепеченочных желчных протоков достигалась путем применения ЛХЭ и папиллотомии на антеградно введенном катетере.

«Традиционную» холецистостомию производили под местной анестезией р-ром 0,25% новокаина и внутривенной седацией, в ходе которой выполняли санацию просвета желчного пузыря с литоэкстракцией. После этого сквозь отверстие, полученное при холецистэктомии, внедряли гильзу троакара вместе с ригидной 10-мм оптикой, необходимой для контроля санации просвета органа и возможного удаления остаточных камней. У больных, которым была показана мукоклазия, осуществляли рентгенографию внепеченочных желчных протоков. После обеспечения проходимости протоков начинали термическую мукоклазию слизистой органа по разработанному авторскому способу.

Статистическая обработка полученных данных

Полученный материал проходил статистическую обработку с помощью электронных таблиц «Excel» и системы управления базами данных «Access». Распределение количественных показателей оценивали путем вычисления параметрического критерия Стьюдента и производили вычисление коэффициента корреляции и непараметрического критерия Фишера.

Результаты работы

Неосложненный острый холецистит. В первой подгруппе, где ЛХЭ выполнена в течение 24 часов от момента поступления, было 1567 пациентов (I степень ОАР), что позволило произвести ЛХЭ у 99,5% пациентов. У 24,4% пациентов (II степень ОАР) выполняли более длительную предоперационную подготовку в течение 2 суток. В 278 (46,6%) наблюдениях на фоне консервативной терапии сохранялась внутривезикулярная

гипертензия, что успешно было корригировано чрескожной санацией желчного пузыря с последующей ЛХЭ у всех больных.

У 276 (11,3%) пациентов III степени риска требовалась более длительная предоперационная подготовка в течение 72 часов, так как в данной подгруппе встречалась коморбидная сопутствующая патология. В этой подгруппе у 78 (28,2%) больных первым этапом для снятия внутрипузырной гипертензии выполняли чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию (ЧЧМХС). Затем, после коррекции сопутствующей патологии, производили ЛХЭ.

На основании нашего опыта считаем, что ключевым моментом в процессе операции ЛХЭ у больных острым холециститом является определение места перехода шейки желчного пузыря в пузырьный проток, что при диссекции треугольника Calot позволяет уменьшить опасность повреждения гепатикохоледоха.

Конверсии потребовались у 32 (1,3%) из 2439 больных. Основными причинами конверсии являлись тяжелые воспалительно-инфильтративные процессы в воротах печени, не позволявшие произвести безопасное разделение и клипирование пузырной артерии и пузырного протока. В трех случаях при наличии синдрома Mirizzi, к сожалению, произошла травма гепатикохоледоха. Всем больным по этой причине был сформирован гепатикоеюноанастомоз на кишечной петле по Ру по предложенному нами способу. Данный способ заключается в формировании гепатикоеюноанастомоза на Ру петле с фиксацией участка отключенной петли к рубцовым тканям и соединительнотканым структурам ворот печени, формированием резервуара, в котором свободно, без дополнительной фиксации и сопоставления слизистых желчных протоков и тощей кишки расположена культя гепатикохоледоха.

Клинически значимые послеоперационные осложнения в этой подгруппе возникли у 32 (1,4%) из 2439 больных. Из них у 6 (0,2%) пациентов подпеченочный абсцесс, который был успешно дренирован под ультразвуковым контролем. У 17 (0,7%) больных имела место серома послеоперационной раны в эпигастральной области, у 8 (0,3%) – нагноение эпигастральной раны с последующим формированием свища. Затем было установлено, что поддерживался этот свищ потерянными желчными камнями в подкожной клетчатке при извлечении желчного пузыря из брюшной полости. У одного больного было зафиксировано нагноение послеоперационной раны после конверсии лапароскопии.

Таким образом, в данной подгруппе в 98,7% случаев нам удалось радикально прооперировать видеолапароскопически пациентов с острым холециститом. Окончательное решение о возможности осуществления ЛХЭ следует принимать после определения места перехода шейки желчного пузыря в пузырьный проток. Разработанная методика мобилизации

пузырного протока, подходы к выделению желчного пузыря из воспалительных тканей позволяют свести к минимуму процент конверсий, снизить вероятность повреждения желчных протоков и с учетом их вариантной анатомии. Опыт показал, что при наличии технических трудностей необходимо раньше переходить на конверсию.

Результаты двухэтапного лечения. Двухэтапное лечение применено у 64 (27,0%) больных из 237, у которых острый холецистит осложнился холедохолитиазом. В первый этап стремились разрешить холедохолитиаз, стеноз БСДК и их сочетание при помощи ЭПСТ, литоэкстракции и литотрипсии. Вторым этапом, при успешном разрешении холедохолитиаза, в среднем через $3 \pm 2,2$ койко-дня планировалась ЛХЭ. У 44 (68,8%) из 64 больных ЭПСТ эффективно произведена после канюляции фатерова соска. Неканюляционная папиллотомия на ущемленном камне БСДК была осуществлена у 14 (21,9%) пациентов. У 6 (9,4%) пациентов канюляционная папиллосфинктеротомия терминального отдела холедоха не возымела необходимого эффекта вследствие анатомических особенностей большого сосочка двенадцатиперстной кишки (ДПК). У этих больных выполнена традиционная холецистэктомия с холедохотомией и литоэкстракцией. Всем этим больным во время операции выполняли интраоперационную холангиографию. Явления послеоперационного панкреатита развились в 8 (13,8%) наблюдениях после ЭПСТ. Это осложнение удалось устранить с помощью консервативного лечения. У 3 (5,2%) пациентов после транспапиллярных операций отмечено кровотечение в области папиллотомической раны, которые были вылечены консервативными методами. Средняя продолжительность госпитализации в случае двухэтапного лечения составляла $14,2 \pm 2,3$ дня. Случаев летального исхода среди больных этой группы не было.

Таким образом, при двухэтапном лечении в 90,6% случаев успешно выполнено разрешение холедохолитиаза и стеноза БСДК с помощью эндоскопических вмешательств. У 13,8% больных развился различной степени выраженности послеоперационный панкреатит.

Результаты одноэтапного лечения. Учитывая достаточно высокий процент невыполнимости ЭПСТ (9,4%), по техническим причинам, большой процент (13,8%) послеоперационного панкреатита, было предложено иное решение: в один этап в процессе ЛХЭ разрешить холедохолитиаз с помощью папиллотомии на антеградно введенном катетере. Таков вариант одноэтапного лечения применили у 173 (73,0%) из 237 больных. Папиллотомия на антеградно введенном катетере успешно выполнена у 170 (98,3%) пациентов с острым холециститом, который осложнился холедохолитиазом, стенозом БСДК и их сочетанием. У 2 (1,2%) пациентов из 173 выявлен вклиненный в терминальный отдел общего желчного протока конкремент, наличие которого мешало выведению папиллотома в

двенадцатиперстную кишку (ДПК). В этих случаях производили выпячивание передней стенки ампулы большого сосочка ДПК с помощью катетера, после чего была сделана папиллотомия «на камне». Средние сроки пребывания в стационаре у этой подгруппы больных составили $5 \pm 2,5$ дня. Летальных исходов не было.

Таким образом, одномоментно в процессе ЛХЭ удалось разрешить патологию внепеченочных желчных протоков с помощью папиллотомии на антеградно введенном катетере у 172 (99,4%) больных.

Результаты лечения путем холецистостомии.

«Традиционная» холецистостома выполнена у 164 (36,9%) больных из 444. Ее осуществляли при IV степени ОАР и при наличии технических условий для осуществления «традиционного» вмешательства в сочетании с литоэкстракцией. Дополнительно у 61 (37,2%) больного произведена термическая мукоклазия желчного пузыря по оригинальной методике.

В 3 (1,8%) наблюдениях при холецистостомии не был диагностирован холедохолитиаз, а ЭПСТ была невозможна по техническим причинам. Решение такой ситуации заключалось в выполнении антеградной папиллотомии, чрескожно пунктировав гепатикохоледох. Этот вариант вмешательства оказался новым авторским подходом, что и послужило основанием для оформления его приоритетности.

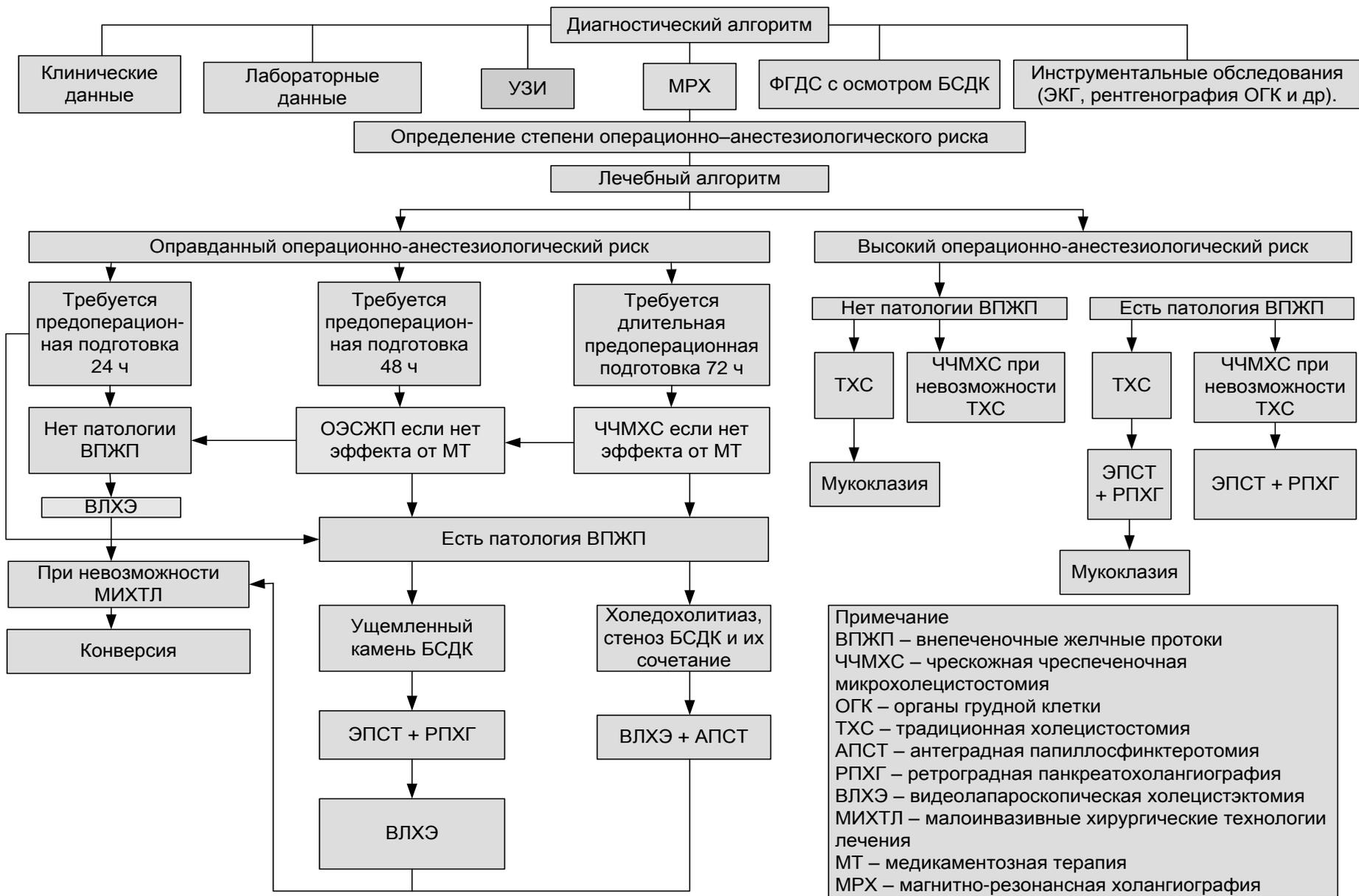
Микрохолецистостома была произведена у 280 (63,1%) пациентов (V степень ОАР), которым из-за тяжести соматических заболеваний не рекомендована даже простая холецистостома. Это оперативное вмешательство вынужденно показано пациентам, у которых классическая холецистостома невыполнима по причине небольших размеров желчного пузыря, его глубокого расположения в ткани печени и морбидного ожирения. Недостатками данного вида холецистостомии являются: невозможность провести мукоклазию, также невыполнимость манипуляций на желчном пузыре без предварительного бужирования. Размеры микрохолецистостомического отверстия, по нашим данным, не позволяли произвести экстракцию конкрементов, если их диаметр был более 6 миллиметров. Требовалось сделать предварительную литотрипсию, что способствовало быстрому купированию острого холецистита у тяжелых больных.

Анализируя результаты лечения больных с высокой степенью ОАР и выбора дренирующей операции, можно сделать вывод, что преимуществами проведения микрохолецистостомии могут считаться низкая травматичность, техническая легкость вмешательства, низкая вероятность осложнений. С другой стороны, использование «традиционной» холецистостомии, когда она показана, дает возможность произвести

литоэкстракцию, обеспечить полную санацию полости желчного пузыря, демукотизацию и с большой вероятностью перевести эту первично дренирующую операцию в разряд «радикальных».

На основании собственного и опыта других исследователей в вопросе лечения осложненного холецистита был сформулирован лечебно-диагностический алгоритм с приоритетом малоинвазивных технологий.

Лечение больных по разработанному лечебно-диагностическому алгоритму позволяет повысить эффективность хирургического лечения острого холецистита и его осложнений, минимизировать послеоперационную летальность, свести к минимуму послеоперационные осложнения и получить очевидный экономический эффект.



Выводы

1. Лапароскопическая технология выполнения холецистэктомии осуществима у пациентов с острым холециститом, но на это влияет время госпитализации пациентов и начало их лечения. Наличие сопутствующих и коморбидных заболеваний корректирует тактику лечения, что требует персонализированного подхода к принятию решения о начале операции. При безуспешности медикаментозного лечения больным острым обструктивным холециститом, которым требуется подготовка к радикальным операциям до 48 часов, показана одномоментная экосанация желчного пузыря, а которым требуется предоперационная подготовка 72 часа – показана установка чрескожной холецистостомы.

2. Папиллосфинктеротомия на антеградно введенном катетере позволяет в процессе лапароскопической холецистэктомии в 99,5% случаев в один этап устранить холедохолитиаз, и в тех наблюдениях, когда эндоскопическая папиллосфинктеротомия невыполнима (при интрадивертикулярном расположении сосочка и его анатомических особенностях), избежать развития послеоперационного панкреатита и минимизировать число конверсий. Одноэтапное лечение обеспечивает сокращение длительности стационарного лечения на $5 \pm 2,5$ койко-дня в сравнении с двухэтапным ($14,2 \pm 2,3$) и на 64,3% уменьшить стоимость лечения острого холецистита. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с целью разрешения холедохолитиаза, стеноза большого сосочка двенадцатиперстной кишки и их сочетаний при двухэтапном методе лечения острого холецистита сопряжена со следующими сохраняющимися проблемами: в 9,4% технически невыполнима, в 12,5% случаев она осложняется послеоперационным панкреатитом.

3. Больным с высокой степенью операционно-анестезиологического риска при остром холецистите показаны дренирующие желчный пузырь операции с приоритетом «традиционной» холецистостомии, с последующей мукоклазией, что дает результат, равный холецистэктомии. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия показана при V степени операционно-анестезиологического риска и когда технически «традиционная» холецистостомия невыполнима. Предложенный способ холангиостомии у холецистостомированных больных путем создания «искусственной» билиарной гипертензии упрощает последующую катетеризацию желчных протоков.

4. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм позволяет оптимизировать выбор способа хирургического лечения острого холецистита и его осложнений с приоритетом малоинвазивных хирургических технологий, что дает возможность повысить качество лечения этой сложной группы пациентов. Разработанный метод формирования гепатикоеюноанастомоза облегчает его выполнение и уменьшает опасность формирования стриктуры желчных протоков.

Практические рекомендации

1. Предложенный диагностический протокол у пациентов с острым холециститом и его осложнениями, особенно при сопутствующих и коморбидных заболеваниях, дает возможность быстро и объективно оценить статус больного для решения тактики лечения. У больных острым холециститом с подозрением на патологию желчных протоков следует шире применять МРТ-холангиографию.

Решение о выполнимости ЛХЭ у больных с острым холециститом следует принимать после идентификации перехода шейки желчного пузыря в пузырный проток. При выраженном инфильтрате не следует выделять желчный пузырь из его ложа, целесообразно оставить часть стенки, прилежащей к печени, выполнив мукоклазию его слизистой.

2. При остром холецистите, осложнившимся холедохолитиазом, стенозом БСДК и их сочетанием, считаем целесообразным разрешать патологию гепатикохоледоха в процессе ЛХЭ при помощи эндоскопической папиллосфинктеротомии на антеградно введенном катетере. Традиционную ЭПСТ лучше выполнять на «ущемленном» камне в БСДК, что позволяет избежать развития послеоперационного панкреатита.

3. Больным, которые не могут перенести радикальные хирургические вмешательства, показаны дренирующие методики – классическая холецистостомия и мукоклазия. Облегчает пункцию желчных протоков у больных с холецистостомой предложенный способ холангиостомии. У пациентов с острым холециститом, имеющих высокий операционно-анестезиологический риск, а также с неблагоприятным анатомическим положением желчного пузыря или с морбидным ожирением предпочтительнее произвести микрохолецистостомию.

Список опубликованных работ

1. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите / П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, О.Н. Тарасов, Я.В. Янголенко // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2008. – Т. 13. № 3. – С. 248.
2. Пути повышения эффективности эндоскопических методов лечения острого холецистита и его осложнений / П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, О.Н. Тарасов, Я.В. Янголенко // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. - 2010. – № 9. -С. 42-46.
3. Опыт эндовидеоскопического лечения больных желчнокаменной болезнью и ее осложнениями / П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, Ю.В. Канищев, О.Н. Тарасов, Я.В. Янголенко // *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. - 2011. – № 3. - С. 109-114.
4. Дренирующие операции в комплексном лечении острого холецистита у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска / П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, О.Н. Тарасов, Я.В. Янголенко // *Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии: тез. конф.* // *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. – 2011. – № 3. – С. 83.
5. Антеградная папиллосфинктеротомия при лечении больных с острым холециститом, осложнившимся холедохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка / П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, О.Н. Тарасов, Я.В. Янголенко // *Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии: тез. конф.* // *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. – 2011. – № 3. – С. 82.
6. Наш опыт эндовидеолапароскопического лечения больных с острым холециститом / П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, О.Н. Тарасов, Я.В. Янголенко // *Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии: тез. конф.* // *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. – 2011. – № 3. – С. 83.
7. Опыт применения пункционно-дренажных методов лечения пациентов с синдромом механической желтухи / С.С. Дубченко, Я.В. Маслова, Д.И. Колмыков, А.П. Гридин // *«Молодежная наука и современность»: материалы 82-й Всерос. науч. конф. студ. и молодых уч. с междунар. участием, посвящ. 82-летию КГМУ. 19-20 апреля 2017 года. В 3 частях. Часть I.* – Курск: ФГБОУ ВО КГМУ, 2017. – С. 116.
8. Холецистостомия как метод выбора у лиц с высокой степенью операционного и анестезиологического риска / Я.В. Маслова, Д.И. Колмыков, Д.А. Кирпичников, А.А. Бабченко // *«Университетская наука: взгляд в будущее»: материалы 83-й Всерос. науч. конф. студ. и молодых уч. с междунар. участием, посвящ. 83-летию КГМУ. 2-9 февраля 2018 года. В 3 частях. Часть I.* – Курск: ФГБОУ ВО КГМУ, 2018. – С. 196.

9. Дифференциальный подход к выбору дренирующей желчный пузырь операции у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска с острым холециститом / Д.П. Назаренко, П.М. Назаренко, М.Б. Полянский, Т.А. Ишутина, Я.В. Маслова, О.Н. Тарасов // «Университетская наука: взгляд в будущее»: Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 83-летию КГМУ. В 2 томах. Под редакцией В.А. Лазаренко. – 2018. – Т. 1. – С. 276-280.

10. Результаты лечения больных острым холециститом по разработанному нами лечебно-диагностическому алгоритму / П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, Ю.В. Канищев, А.Л. Локтионов, Т.А. Самгина, Я.В. Маслова, М.Б. Полянский // «Университетская наука: взгляд в будущее»: Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 83-летию КГМУ. В 2 томах. Под редакцией В.А. Лазаренко. – 2018. – Т. 1. – С. 280-284.

11. Пути оптимизации хирургического лечения ЖКБ и ее осложнений у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском / П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, М.Б. Полянский, Л.Л. Квачахия, Я.В. Маслова, Ю.В. Канищев // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – Воронеж, 2019. – С. 23-28.

12. Результаты лечения больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом, стенозом БСДК и их сочетанием / Ю.В. Родина, Я.В. Маслова // «Молодежная наука и современность»: материалы 84-й Международной науч. конф. студ. и молодых уч., посвящ. 84-летию КГМУ и 100-летию со дня рождения проф. Г.М. Ткаченко. 24-25 апреля 2019 года. В 3 частях. Часть I. – Курск: ФГБОУ ВО КГМУ, 2019. – С. 424-427.

13. Лечение острого холецистита у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска / А.Р. Саакян, Я.В. Маслова // «Молодежная наука и современность»: материалы 84-й Международной науч. конф. студ. и молодых уч., посвящ. 84-летию КГМУ и 100-летию со дня рождения проф. Г.М. Ткаченко. 24-25 апреля 2019 года. В 3 частях. Часть I. – Курск: ФГБОУ ВО КГМУ, 2019. – С. 427-429.

Авторские свидетельства, патенты

1. Маслова Я.В. Способ чрескожной чреспеченочной холангиостомии у холецистостомированных больных / Я.В. Маслова, Д.П. Назаренко, М.Б. Полянский, А.Л. Локтионов, Т.А. Ишутина // Патент на изобретение РФ № 2649532 от 03.04.2018 г.

2. Маслова Я.В. Способ формирования гепатикоеноанастомоза при высоком повреждении желчных протоков / Я.В. Маслова, Д.П. Назаренко, П.М. Назаренко, А.Л. Локтионов, Т.А. Самгина, Е.А. Лойко // Патент на хирургический способ РФ № 2698873 С1 РФ от 30.08.2019 г.

Список сокращений

БСДК – большой сосочек двенадцатиперстной кишки

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия

ОАР – операционно-анестезиологический риск

ЧЧМХС – чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия

ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия

ЭРПХГ – эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

Лицензия ЛР № 020862 от 30.04.99 г.
Сдано в набор 17.09.2019 г. Подписано в печать 27.02.2017 г.
Формат 30x42¹/₈. Бумага офсетная. Гарнитура Times New Rom.
Печать офсетная. Усл. печ. л. 1,0.
Тираж 100 экз. Заказ № «А».
Издательство Курского государственного медицинского университета
305041, г. Курск, ул. К. Маркса, 3

