

Результаты лечения больных с острым холециститом и перивезикальными осложнениями

Т. И. Тамм, К. А. Крамаренко, И. Г. Зульфигаров, А. Я. Бардюк, А. П. Захарчук,
Хамам Абуд, И. Н. Мамонтов

Харьковская медицинская академия последипломного образования

The results of treatment of patients with an acute cholecystitis and perivesical complications

T. I. Tamm, K. A. Kramarenko, I. G. Zulfigarov, A. Ya. Bardiuk, A. P. Zakharchuk,
Khamam Abboud, I. N. Mamontov

Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education

Реферат

Цель. Улучшить качество диагностики и результаты лечения больных с острым холециститом, осложненным формированием перивезикальных инфильтрата, абсцесса и синдромом Mirizzi.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 694 больных с острым холециститом в возрасте от 38 до 87 лет, поступивших в клинику за период с 2010 по 2019 г. Обследование включало общеклинические, биохимические исследования крови, ультразвуковое исследование желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков, по показаниям – компьютерную томографию, папилоскопию и эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию.

Результаты. Из 694 больных с острым холециститом у 541 (78,0%) до операции диагностированы перивезикальные осложнения. У 215 (31,0%) больных сформировался перивезикальный инфильтрат, у 76 (11,0%) – перивезикальный абсцесс. У 250 (36,0%) больных острый холецистит протекал на фоне обтурационной желтухи, причиной которой у 138 больных был холедохолитиаз, у 98 больных диагностирован синдром Mirizzi I типа, у 14 – синдром Mirizzi II типа. Из 215 больных с острым холециститом и перивезикальным инфильтратом у 84 после курса антибактериальной терапии выполнена лапароскопическая холецистэктомия, у 131 больного – открытая холецистэктомия. Всем 76 больным с перивезикальным абсцессом выполнена холецистэктомия открытым доступом. Из 138 больных с обтурационной желтухой на почве холедохолитиаза у 82 выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с одномоментной литоэкстракцией и последующей лапароскопической холецистэктомией. У 56 больных был установлен назобилиарный дренаж, который оставляли до момента отхождения камней из общего желчного протока и последующей лапароскопической холецистэктомии. Из 98 пациентов с острым холециститом и подтвержденным синдромом Mirizzi I типа у 95 выполнена лапароскопическая, у 3 – открытая холецистэктомия. Из 14 больных с синдромом Mirizzi II типа у 10 выполнено открытое оперативное вмешательство с санацией желчных путей и пластикой дефекта общего желчного протока, у 4 – выполнена лапароскопическая холецистэктомия с восстановлением физиологического пассажа желчи.

Выводы. У 78,0% больных с острым холециститом выявлены перивезикальные осложнения. Из 531 больного с перивезикальным инфильтратом, холедохолитиазом и синдромом Mirizzi у 321 (60,5%) выполнены лапароскопические вмешательства на желчных путях. Открытая лапаротомия выполнена у 210 (39,5%) больных. У всех больных с синдромом Mirizzi обоих типов был сохранен физиологический пассаж желчи.

Ключевые слова: острый холецистит; перивезикальный инфильтрат; перивезикальный абсцесс; синдром Mirizzi; ультразвуковое исследование; эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография; хирургическое лечение.

Abstract

Objective. To improve the quality of diagnosis and results of treatment in patients, suffering an acute cholecystitis, complicated by formation of perivesicular infiltrate, abscess and Mirizzi's syndrome.

Materials and methods. Results of diagnosis and surgical treatment of 694 patients, suffering an acute cholecystitis, ageing 38 – 87 yrs old, admitted to the clinic in 2010 – 2019 yrs, were analyzed. The examination have included general clinical investigation, biochemical investigations of the blood, ultrasonographic investigation of a gallbladder and extrahepatic biliary ducts, and in accordance to certain indications – computer tomography, papilloscopy and endoscopic retrograde cholangiopancreaticography.

Results. Of 694 patients, suffering an acute cholecystitis in 541 (78,0%) perivesical complications were revealed. In 215 (31,0%) patients perivesical infiltrate was formed, while in 76 (11,0%) – perivesical abscess. In 250 (36,0%) patients an acute cholecystitis have developed on background of obturation jaundice, caused by choledocholithiasis in 138 patients, while in 98 patients Mirizzi's syndrome Type I was diagnosed, and in 14 – Mirizzi's syndrome Type II. Of 215 patients with an acute cholecystitis and perivesical infiltrate in 84 laparoscopic cholecystectomy was performed after course of antibacterial therapy, while in 131 patients – open cholecystectomy. In all 76 patients with perivesical abscess open cholecystectomy was performed. Of 138 patients, suffering obturation jaundice on background of choledocholithiasis in 82 endoscopic retrograde cholangiopancreaticography with simultaneous lithoextraction and subsequent laparoscopic cholecystectomy was conducted. In 56 patients naso-biliary drainage was installed and was held in place till calculi from common biliary duct have gone away and subsequent laparoscopic cholecystectomy performed. Of 98 patients with an acute cholecystitis and confirmed Mirizzi's syndrome Type I in 95 laparoscopic cholecystectomy was performed, while in 3 – the open one. Of 14 patients, suffering Mirizzi's syndrome Type II, in 10 open operation was done with sanation of biliary ducts and plasty of a common biliary duct defect, while in 4 – laparoscopic cholecystocholedocholithotomy with restoration of the bile physiological passage.

Conclusion. In 78,0% patients with an acute cholecystitis perivesical complications were diagnosed. Of 531 patients with perivesical infiltrate, choledocholithiasis and Mirizzi's syndrome in 321 (60,5%) laparoscopic operations on biliary ducts were accomplished. Open laparotomy was performed in 210 (39,5%) patients. In all the patients, suffering Mirizzi's syndrome of both Types, physiologic passage of bile was preserved.

Keywords: an acute cholecystitis; perivesical infiltrate; perivesical abscess; Mirizzi's syndrome; ultrasonographic investigation; endoscopic retrograde cholangiopancreaticography; surgical treatment.

Лечение больных с острым холециститом (ОХ), особенно осложненным, не теряет своей актуальности и в настоящее время. Это связано со значительным числом различных осложнений, возникающих во время операции у этих больных, из-за чего увеличивается частота конверсий.

Основными причинами конверсий, связанных с ятрогенными повреждениями желчных протоков и сосудов во время выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), являются недиагностированные до операции перивезикулярные инфильтраты, абсцессы, а также сформированные билиарные фистулы. Если при неосложненном ОХ ЛХЭ заканчивается конверсией у 0,5 – 3% больных и связана чаще с аномалиями развития желчных путей, то невыявленные перивезикулярные осложнения являются причиной конверсий у 19,1 – 47% больных [1, 2].

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с ОХ и наличием некоторых перивезикулярных осложнений путем улучшения качества дооперационной диагностики этих осложнений и совершенствования методов их хирургического лечения.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 694 больных с ОХ в возрасте от 38 до 87 лет, поступивших в клинику за период с 2010 по 2019 г. В качестве обследования больным выполняли общеклинические, биохимические исследования крови и ультразвуковое исследование (УЗИ) желчного пузыря (ЖП) и внепеченочных желчных протоков с целью определения характера их поражения. По показаниям выполняли компьютерную томографию (КТ), папилоскопию и эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ). В процессе УЗИ брюшной полости оценивали объем ЖП, толщину и четкость контура его стенок. Особое внимание обращали на состояние внутри- и внепеченочных желчных протоков. Расширение общего печеночного протока и отсутствие визуализации общего желчного протока (ОЖП) являлись показанием для выполнения ЭРХПГ. При подозрении на неопластический процесс в желчных путях и для уточнения анатомического взаимоотношения гепатикохоледоха и ЖП выполняли КТ с внутривенным болюсным контрастированием.

Результаты

Из 694 больных с ОХ острый катаральный холецистит диагностирован у 201 (29,0%) больного, острый флегмонозный – у 305 (44,0%), гангрена желчного пузыря отмечена у 188 (27,1%) больных. Из 694 пациентов у 541 (78,0%) до операции обнаружены различного рода перивезикулярные осложнения. У 215 (31,0%) больных течение ОХ осложнилось формированием перивезикулярного инфильтрата, а у 76 (11,0%) больных был выявлен перивезикулярный абсцесс. У 250 (36,0%) пациентов с ОХ заболевание протекало с явлениями обтурационной желтухи: у 138 пациентов причиной желтухи был холедохолитиаз, у 98

пациентов диагностирован синдром Mirizzi I типа, у 14 – синдром Mirizzi II типа.

Всем 153 (22,0%) пациентам с неосложненным ОХ выполнена ЛХЭ в сроки от 2 до 8 сут с момента заболевания.

У больных с подтвержденным холедохолитиазом лечение начинали с выполнения эндоскопической санации желчных путей. Из 138 больных с холедохолитиазом у 82 выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с одномоментной литоэкстракцией из ОЖП. Через 2 – 3 сут после нормализации показателей билирубина им выполнена ЛХЭ.

У 56 больных, когда извлечь конкременты из ОЖП одномоментно не представлялось возможным, назобилиарный дренаж (НБД) оставляли на более длительное время. Отхождение конкрементов из ОЖП контролировали с помощью ЭРХПГ. Оперативное вмешательство в виде ЛХЭ выполняли при рентгенологическом подтверждении отсутствия камней в просвете ОЖП.

Из 694 больных у 112 (16,1%) был заподозрен синдром Mirizzi. У этих больных, независимо от типа синдрома Mirizzi, при УЗИ выявлено расширение общего печеночного протока, диаметр которого в среднем равнялся ($11,2 \pm 1,6$) мм, в то время как дистальнее ЖП ОЖП не был визуализирован. Содержание билирубина в сыворотке крови составило ($87 \pm 12,8$) мкмоль/л.

Во время эндоскопического осмотра у 112 больных с синдромом Mirizzi обоих типов внешних изменений со стороны большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) не было выявлено. Отмечено лишь скудное поступление желчи в просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК) у 88 (85,2%) больных и отсутствие пассажа желчи у 24 (14,8%) больных.

При ЭРХПГ у 98 больных с синдромом Mirizzi I типа выявляли характерное сегментарное сужение просвета внепеченочных желчных протоков на уровне расположения ЖП и проксимальнее. Эндоскопическое исследование у 95 больных завершили установкой НБД, у 3 – стентированием ОЖП.

ЛХЭ была выполнена у 95 больных с синдромом Mirizzi I типа. Наличие плотных рубцовых сращений в зоне гепатикохоледоха и шейки ЖП стало причиной перехода к открытому способу вмешательства у 3 пациентов.

У 14 больных с синдромом Mirizzi II типа при ЭРХПГ были обнаружены конкременты в ОЖП и подтверждено наличие патологического сообщения между ЖП и гепатикохоледохом. Всем этим больным удалось установить НБД выше места расположения конкремента. Эта манипуляция была основополагающей для разрешения обтурационной желтухи.

Все 14 больных с синдромом Mirizzi II типа были оперированы. После разрешения желтухи у 10 больных выполнили открытую операцию, во время которой выполняли холецистолитотомию с извлечением конкрементов из просвета ОЖП. Затем резецировали дно и переднюю стенку ЖП без перевязки пузырной артерии. Оставшейся частью задней стенки ЖП выполняли пластику

дефекта ОЖП. Через находящийся в просвете ОЖП НБД осуществлялся отток желчи, что способствовало его декомпрессии.

Еще 4 пациентам с синдромом Mirizzi II типа, у которых объем ЖП был не более 15 см³, в среднем (14,8 ± 0,9) см³, была выполнена лапароскопическая холецистохоледохолитотомия. Во время операции рассекали стенку пузыря и ОЖП с последующим извлечением камней из просвета ЖП и гепатикохоледоха. После этого разрез был ушит непрерывным швом с захватом оставшейся полости ЖП. В просвет ОЖП был предварительно установлен НБД. Это позволяло облегчить ориентацию в тканях во время операции, а также осуществить декомпрессию желчных путей, что дало возможность избежать наружного их дренирования.

С целью контроля состояния желчных протоков в послеоперационном периоде всем больным с синдромом Mirizzi II типа на 4 – 5-е сутки выполняли контрольную холангиограмму через НБД. При отсутствии сужения в зоне вмешательства и поступления контраста за пределы желчного дерева НБД удаляли.

После операции у 1 пациентки с синдромом Mirizzi II типа развилась частичная несостоятельность линии швов после пластики гепатикохоледоха, проявившаяся подтеканием желчи, которое прекратилось к 6-му дню. У больных с синдромом Mirizzi I типа, которым была выполнена ЛХЭ, послеоперационных осложнений не наблюдали. Никто из больных с синдромом Mirizzi после операции не умер.

Из 215 больных, у которых ОХ осложнился формированием плотного инфильтрата в области шейки ЖП, 131 больному в связи с отсутствием уменьшения инфильтрата и нарастанием процессов деструкции в ЖП, выявленными во время ультразвукового (УЗ) мониторинга на фоне консервативной терапии, была выполнена вынужденная операция. Во время лапаротомии у всех пациентов диагноз был подтвержден. Холецистэктомия у этих больных выполняли от дна. У 84 больных при УЗИ в динамике не было обнаружено признаков деструкции в стенке ЖП. Им проводили консервативную терапию с включением спазмолитических и антибактериальных препаратов в течение 7 – 10 дней под контролем УЗ мониторинга. После исчезновения инфильтрата этим больным была выполнена ЛХЭ в плановом порядке. В этой группе больных осложнений в послеоперационном периоде не отмечено.

У 76 (11,0%) больных при поступлении во время УЗИ был обнаружен сформированный перивезикальный абсцесс. Найденные изменения в ЖП явились показанием к выполнению экстренного оперативного вмешательства. У всех 76 больных во время лапаротомии выявлено наличие перивезикального абсцесса: у 37 – в области дна ЖП, у 14 – в области передней стенки ЖП, у 25 – по задней стенке ЖП.

У 42 больных выполнена холецистэктомия по методу Г. Г. Караванова, у 8 – от шейки. У 26 больных оперативное лечение заключалось в дренировании полости абс-

цесса после удаления участков некротизированной стенки ЖП и конкрементов.

В послеоперационном периоде у 5 больных отмечено нагноение раны, пневмония развилась у 7 больных. Никто из больных не умер.

Обсуждение

Анализ результатов лечения 694 больных с ОХ показал, что перивезикальные осложнения в виде инфильтрата, абсцесса и билиарных фистул в последние годы участились – они были обнаружены у 541 (78,0%) больного. Осложнения в виде билиарных фистул и перивезикальных абсцессов удается диагностировать до операции. Сложнее до операции выявить перивезикальные инфильтраты, которые являются одной из основных причин конверсий и ятрогенных повреждений трубчатых структур печеночно–двенадцатиперстной связки при ЛХЭ. Во избежание субоперационных осложнений необходимо своевременно выявлять наличие перивезикальных осложнений и с учетом этого выбирать адекватный объем оперативного вмешательства [3, 4].

При подтвержденном по данным УЗИ наличии перивезикального абсцесса больным показана срочная лапаротомия с санацией полости абсцесса и удалением его источника.

У больных с подтвержденным наличием перивезикального инфильтрата без деструкции стенки ЖП возможно проведение курса антибактериальной терапии с обязательным ежедневным УЗ мониторингом. При уменьшении инфильтрата возможно выполнение в последующем ЛХЭ. Больным, у которых наблюдается прогрессирование деструкции в стенке ЖП, необходимо выполнять открытую холецистэктомия [5, 6].

Если с помощью УЗИ выявлены признаки наличия синдрома Mirizzi, независимо от состояния БСДПК необходимо уточнить уровень и характер обструкции гепатикохоледоха, а также определить тип синдрома с помощью ЭРХПГ. Кроме этого, необходимо осуществить коррекцию желчеоттока посредством стентирования или установки НБД. Для исключения опухолевой природы обструкции гепатикохоледоха необходимо выполнить КТ. При синдроме Mirizzi I типа возможно выполнение ЛХЭ.

Варианты оперативных вмешательств при синдроме Mirizzi II типа включают субтотальную холецистэктомия с пластикой дефекта гепатикохоледоха или холецистофистулитотомия, которую можно выполнить лапароскопически. Преимуществами этих двух видов оперативного вмешательства является сохранение физиологического пассажа желчи в ДПК. При этом холецистофистулитотомия является малотравматичной операцией, не требующей реконструктивного этапа.

Предварительно установленный НБД не только позволяет ликвидировать холестаза, но и помогает в анатомической ориентации в ходе операции. Кроме того, НБД является альтернативой наружному дренированию желчных путей, так как осуществляет декомпрессию желчных

протоколов, позволяет избежать одновременно и наружных потерь желчи. Также через НБД можно выполнять контрольную холангиографию в раннем послеоперационном периоде.

Качественно проведенное УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны у больных с ОХ позволяет выявить наличие таких перивезикальных осложнений, как сформированный инфильтрат в области шейки, абсцесс и билиарную фистулу. Сочетанное использование эндоскопических и хирургических вмешательств при лечении больных с синдромом Mirizzi I и II типа позволяет сохранить у них физиологический пассаж желчи.

Выводы

1. Наличие у больных с ОХ плотного инфильтрата в области шейки ЖП, который определяют с помощью УЗИ, является показанием для проведения курса антибиотикотерапии. При уменьшении инфильтрата возможно выполнение ЛХЭ, а при нарастании деструкции в стенке ЖП необходимо выполнить открытую холецистэктомию.

2. Тип синдрома Mirizzi у больных с ОХ определяют с помощью ЭРХПГ. Во время оперативного вмешательства у этих больных целесообразно сохранить физиологический пассаж желчи в ДПК.

Подтверждение

Финансирование. Работа выполнена за средства государственного бюджета.

Информация о вкладе в работу. Участие в работе каждого автора рукописи равнозначно.

Конфликт интересов. Авторы статьи, представленной к публикации, декларируют отсутствие конфликта интересов.

Согласие на публикацию. Все авторы прочли и одобрили окончательный вариант рукописи. Все авторы дали согласие на публикацию этой рукописи.

References

1. Lee SO, Yim SK. Management of Acute Cholecystitis. Korean J Gastroenterol. 2018;71(5):264–8. doi: 10.4166/kjg.2018.71.5.264.
2. Mughal Z, Green J, Whatling PJ, Patel R, Holme TC. Perforation of the gallbladder: 'bait' for the unsuspecting laparoscopic surgeon. Ann R Coll Surg Engl. 2017;99(1):e15–e18. doi: 10.1308/rcsann.2016.0274.
3. Coffin SJ, Wrenn SM, Callas PW, Abu-Jaish W. Three decades later: investigating the rate of and risks for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. Surg Endosc. 2018;32(2):923–9. doi: 10.1007/s00464-017-5767-7.
4. Hu ASY, Menon R, Gunnarsson R, de Costa A. Risk factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy to open surgery – A systematic literature review of 30 studies. Am J Surg. 2017;214(5):920–30. doi: 10.1016/j.amjsurg.2017.07.029.
5. Chawla A, Bosco JI, Lim TC, Srinivasan S, Teh HS, Shenoy JN. Imaging of acute cholecystitis and cholecystitis-associated complications in the emergency setting. Singapore Med J. 2015;56(8):438–43; quiz 444. doi: 10.11622/smedj.2015120.
6. Yetişir F, Şarer AE, Acar HZ, Polat Y, Osmanoglu G, Aygar M, et al. Laparoscopic Treatment of Type III Mirizzi Syndrome by T–Tube Drainage. Case Rep Surg. 2016;2016:1030358. doi: 10.1155/2016/1030358.

Надійшла 06.11.2019