

УДК 616.37-002.1-053.9-089

Оптимизация хирургического лечения острого билиарного панкреатита у пациентов пожилого и старческого возраста

В.И. Мидленко, А.Л. Чарышкин, О.В. Мидленко, И.И. Мидленко, В.Ю. Щеголев

*(Кафедра госпитальной хирургии Института медицины, экологии и физической культуры
Ульяновского государственного университета)*

Improvement of surgical treatment of an acute biliary pancreatitis at elderly and senile patients

V.I. Midlenko, A.L. Charyshkin, O.V. Midlenko, I.I. Midlenko, V.Yu. Shchegolev

Цель исследования. Оценить различные варианты хирургического лечения острого холецистопанкреатита у пациентов старше 60 лет, разработать способ холецистэктомии при большом кармане Гартмана, сращенном с желчными путями, с целью снижения таких осложнений, как кровотечение, желчеистечение, повреждение (пересечение) общего желчного или общего печеночного протока.

Материал и методы. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от оперативного доступа. Первая группа – 67 больных, оперированных из традиционного оперативного доступа. Вторая группа – 54 пациента, оперированных из минидоступа с помощью «Универсального рамочного ранорасширителя», из них 34 пациента с наличием большого кармана Гартмана, сращенного с желчными путями, оперированы предложенным способом (Патент РФ № 2358663 по заявке № 2008103639, приоритет от 30.01.08 г.; зарегистрировано 20.06.2009 г.; бюллетень № 17). Третья группа – 61 пациент, оперированный лапароскопическим способом. Возраст больных в группах в среднем составил 73,1 года. В 100% случаев пациенты имели два и более сопутствующих заболевания. Основной вид оперативного вмешательства в группах – холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование брюшной полости.

Результаты. При выполнении традиционной холецистэктомии послеоперационные осложнения возникли у 44,8% больных: эвентрация – 7,5%, под-

Aim of investigation. To estimate various variants of surgical treatment of acute biliary pancreatitis at patients of over 60 years old, to develop a method of cholecystectomy at the large Hartmann pouch adherent to biliary tracts, to decrease such complications, as bleeding, bile leakage, damage (intersection) of common bile or common hepatic duct.

Material and methods. Patients separated into 3 groups in relation to operative access. The first group – (67 patients) was operated by traditional surgical access. The second group (54 patients) was operated through miniaccess with the help of «Generalpurpose frame wound retractor», of them 34 patients with large Hartmann pouch adherent to biliary tracts, were operated by the proposed method (patent of the Russian Federation #2358663 under application #2008103639, priority 30.01.08; registered on 20.06.2009; bulletin #17). The third group (61 patients) was operated by laparoscopic method. The mean age of patients in groups was 73,1 years. In 100% of cases patients had two and more concomitant diseases. The main type of surgical intervention in groups – was cholecystectomy, drainage of common bile duct by Pikovsky, drainage of abdominal cavity.

Results. At traditional cholecystectomy postoperative complications develop at 44,8% of patients: evetration – 7,5%, subphrenic abscess – 6%, suppuration of postoperative wound – 11,9%, pneumonias – 8,9%, pancreatonecrosis – 10,4%.

After minilaparotomy in postoperative period at 9,3% of patients following complications developed: incom-

Чарышкин Алексей Леонидович – доктор медицинских наук, Институт медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета (ИМЭиФК УлГУ), профессор кафедры госпитальной хирургии; контактная информация для переписки – charyshkin@yandex.ru; 432700 г. Ульяновск, ул. Льва Толстого, 42

диафрагмальный абсцесс – 6%, нагноение послеоперационной раны – 11,9%, пневмония – 8,9%, панкреонекроз – 10,4%.

После лапаротомии в послеоперационный период у 9,3% пациентов появились следующие осложнения: несостоятельность культи пузырного протока и желчеистечение – 3,7%, нагноения послеоперационных ран – 3,7%, пневмония – 1,9%. При этом конверсии зарегистрированы в анализируемой группе у 5,6% больных.

После лапароскопии осложнения наблюдались у 14,8% больных: повреждение холедоха, послеоперационное желчеистечение – 3,3%, несостоятельность культи пузырного протока – 1,6%, резидуальный холедохолитиаз, сопровождающийся механической желтухой, – 3,3%, панкреонекроз – 6,6%.

Выводы. Предложенный способ холецистэктомии при большом кармане Гартмана, сращенном с желчными путями, позволяет снизить такие осложнения, как кровотечение, желчеистечение, исключает повреждение общего желчного протока.

Ключевые слова: холецистопанкреатит, синдром Мириizzi, малоинвазивные хирургические технологии.

petence of cystic duct stump and bile leakage – 3,7%, suppurations of postoperative wounds – 3,7%, pneumonia – 1,9%. Conversions were registered in the main group at 5,6 % of patients.

After videolaparoscopy complication were observed at 14,8 % of patients: damage of common bile duct, postoperative bile leakage – 3,3%, incompetence of stump of cystic duct – 1,6%, residual choledocholithiasis with accompanying obstructive jaundice – 3,3%, pancreatonecrosis – 6,6%.

Conclusions. The proposed method of cholecystectomy at large Hartmann pouch adherent to biliary tracts, allows to decrease such complications as bleeding, bile leakage, excludes damage of common bile duct.

Key words: biliary pancreatitis, Mirizzi syndrome, noninvasive surgical technologies.

В последние годы существенно возросло число больных *острым билиарным панкреатитом* (ОБП), среди которых преобладают пациенты старше 60 лет, что связано с изменением возрастного состава населения. Несмотря на большие возможности современной хирургии и новые медицинские технологии, летальность при остром билиарном панкреатите остается на прежнем уровне (3–7%) и не имеет тенденции к снижению. Осложнения в ранний послеоперационный период после лапаротомной холецистэктомии у больных в возрасте 80 лет и старше встречаются у 50%. По данным литературы, пациенты этой возрастной группы обращаются за медицинской помощью в среднем через 5 сут от начала заболевания и позднее [1].

Причинами летальных исходов более чем у 60% больных являются осложненные формы *желчно-каменной болезни* (ЖКБ). Чаще осложнения возникают при деструктивном холецистите, синдроме Мириizzi, склероатрофическом желчном пузыре, холецистодигестивных свищах. При деструктивных формах ОБП летальность достигает 20–35%. У лиц пожилого и старческого возраста, по данным разных авторов, летальность в 2–4 раза превышает таковую у молодых больных и составляет от 30 до 80% [3, 4]. Непосредственными причинами смерти, как правило, являются сердечно-сосудистая недостаточность (30–35%), печеночно-почечная недостаточность (23–25%), тромбоэмболии (14–16%). Фактором, способствующим развитию интра- и послеоперационных осложнений, считается также наличие цирроза печени [1].

При деструктивных формах острого холецистита из желчи в 30–50% случаев высевается аэробная флора (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка) [3]. В остальных случаях рост микроорганизмов не обнаруживается. Однако есть основание полагать, что так называемое стерильное содержимое желчного пузыря может означать наличие анаэробной флоры. При нарушении баланса между макроорганизмом и микроорганизмом эти возбудители вследствие разных причин могут попадать из обычных для них условий в другие органы и вызывать там воспалительные изменения различной степени тяжести [4].

С внедрением в практику малоинвазивных хирургических технологий появились возможности значительно улучшить результаты лечения. В последнее десятилетие в хирургии ЖКБ широкое развитие получили малоинвазивные вмешательства [2]. В ведущих хирургических клиниках до 95% операций по поводу ЖКБ и ее осложнений выполняется при помощи лапароскопии или лапаротомии. И тот, и другой метод имеют свои преимущества и недостатки.

Напряженный пневмоперитонеум при лапароскопической операции приводит к нарушению функций сердечно-сосудистой системы, сдавлению диафрагмы, ведущему к уменьшению остаточной емкости легких и развитию гиперкапнии, сдавлению венозных стволов брюшинного пространства, сопровождающемуся нарушением циркуляции крови в нижних конечностях и увеличением вероятности тромбообразования. Положение Фовлера с углом наклона

45° существенно усугубляет венозный стаз. Эти и некоторые другие особенности видеолaparоскопических операций ограничивают их применение в ряде клинических ситуаций, особенно urgentных, тем более у лиц пожилого и старческого возраста.

Приемы оперирования из минидоступа практически не отличаются от традиционных. Основным недостатком метода является ограниченный обзор брюшной полости.

У лиц пожилого и старческого возраста, страдающих острым билиарным панкреатитом в сочетании с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, не всегда удаются радикальные вмешательства с использованием малоинвазивных методик. Поэтому даже в наши дни не стоит сбрасывать со счетов такую давно известную операцию, как холецистостомия. Порой только она оказывается спасительной для самых ослабленных пациентов.

Одной из основных причин неблагоприятных исходов хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста является наличие тяжелой сопутствующей патологии, нередко в стадии декомпенсации.

Материал и методы исследования

На *первом этапе* хирургического лечения мы проводили активную предоперационную подготовку с коррекцией сопутствующей патологии. Диагноз ОБП ставился на основании клиники в сочетании с данными лабораторного и ультразвукового исследований. Предоперационная

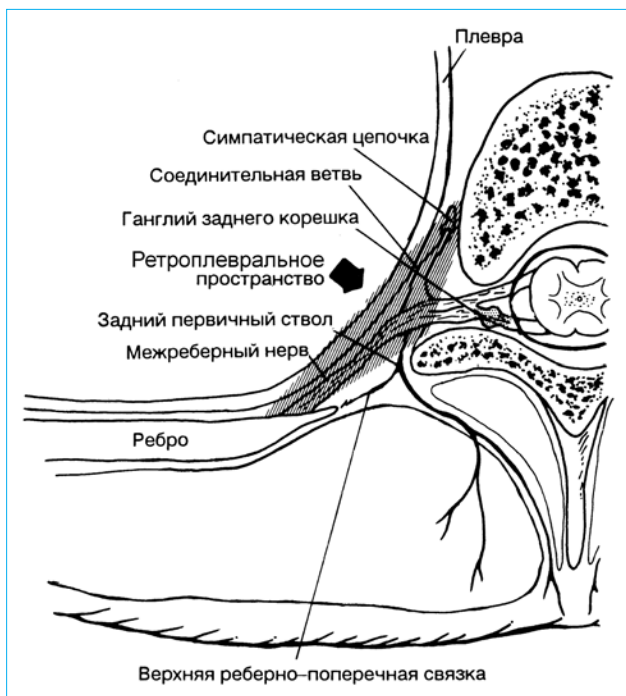


Рис. 1. Схема ретроплеврального пространства

подготовка начиналась с проведения *управляемой новокаиновой денервации грудного симпатического ствола* (УНДСС), разработанной на кафедре госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета (УлГУ) [2]. Блокада ретроплеврального пространства проводилась на уровне Th8–Th9, что позволяло длительно блокировать группу симпатических ганглиев, участвующих в образовании большого и малого левых чревных нервов, отвечающих за симпатическую иннервацию поджелудочной железы (рис. 1).

Лечение дополнялось патогенетической медикаментозной терапией, включавшей ингибиторы протеаз, сандостатин, H₂-гистаминоблокаторы, спазмолитики, коррекцию водно-электролитных нарушений, сопутствующей патологии, снижение уровня эндотоксикоза.

На *втором этапе* проводили радикальное оперативное вмешательство в отсроченном порядке в зависимости от состояния больного. С 1998 по 2007 г. в клинике госпитальной хирургии УлГУ на базе хирургических отделений МУЗ УГКБСМП пациентам с ЖКБ выполнено более 2000 лапароскопических холецистэктомий, 154 — путем минилапаротомии, 173 — путем традиционной лапаротомии. У 1629 (70%) больных холецистэктомия проведена по экстренным показаниям. Старше 60 лет было 907 пациентов, что составило 39%, из них с острым билиарным панкреатитом — 343 (14%). Возраст больных в группах в среднем составил 73,1 года. Все пациенты имели два и более сопутствующих заболевания. Мы провели сравнительный анализ оперативных вмешательств у 182 больных старше 60 лет.

Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от оперативного доступа. *Первая группа* — 67 больных, оперированных из традиционного оперативного доступа. *Вторая группа* — 54 пациента, оперированных из минидоступа с помощью набора инструментов «Мини-Ассистент» М.И. Прудкова, 20 больных этой группы были оперированы из минидоступа с помощью «Универсального рамочного ранорасширителя», разработанного на кафедре госпитальной хирургии УлГУ (патент на полезную модель № 35704) — рис. 2. Предлагаемое устройство образует расширения от 1,5×1,5 до 10×10 см, что позволяет применять его для сверхмалых, малых, средних и больших доступов, обеспечивая тем самым достижение технического результата. Плавное дозированное расширение операционной раны не вызывает ишемии тканей передней брюшной стенки и не травмирует органы брюшной полости. В *третьей группе* 61 пациент оперирован лапароскопическим способом. Основной вид оперативного вмешательства в группах — холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование брюшной полости.



Рис. 2. Универсальный рамочный ранорасширитель

У 16,5% из 182 больных проводили исследование желчи на наличие анаэробной микрофлоры. Специфическая антибактериальная терапия с целью определения ее влияния на течение заболевания в предоперационный период не проводилась. Данные больные были госпитализированы в поздние сроки (более 24 ч с момента заболевания) и прооперированы в отсроченном порядке. У всех интраоперационно проводился забор желчи из желчного пузыря до его удаления, при наличии билиарной гипертензии — дополнительно из общего желчного протока.

Из 182 пациентов у 34 были выявлены технические трудности во время хирургического вмешательства в связи с наличием большого кармана Гартмана, сращенного с желчными путями. Эти пациенты оперированы способом холецистэктомии

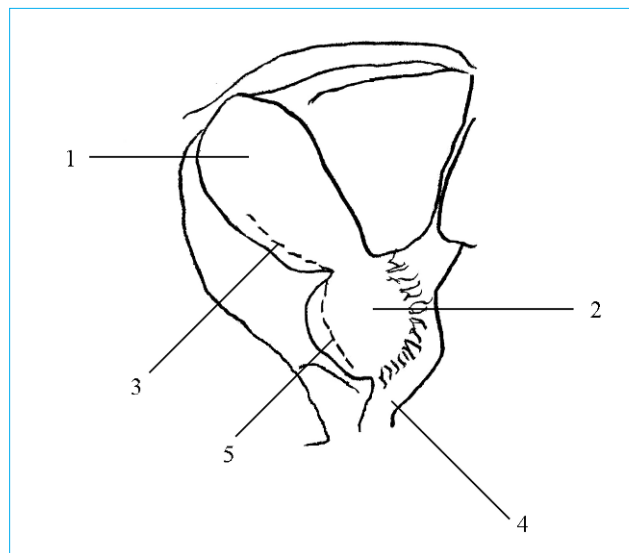


Рис. 3. Способ холецистэктомии

(рис. 3), разработанным на кафедре госпитальной хирургии УлГУ (Патент РФ № 2358663).

Операция осуществляется следующим образом. На первом этапе вскрывают желчный пузырь (1) вдоль нижелатеральной стенки, начиная выше кармана Гартмана (2) на 2,0–2,5 см на протяжении 2,5–3,0 см. Через выполненный разрез (3) полностью опорожняют желчный пузырь от его содержимого. После этого рассекают нижелатеральную стенку кармана Гартмана по направлению к общему желчному (4) и общему печеночному протокам таким образом, чтобы линия разреза (5) проходила вдоль общего желчного и общего печеночного протоков. Опорожняют содержимое кармана Гартмана. Захватывают его стенку окончательным зажимом и осторожно натягивают ее, продолжая аккуратно разделять спайки между карманом Гартмана и общим желчным протоком. После того как карман Гартмана будет освобожден, пузырную артерию перевязывают. Желчный пузырь резецируют на уровне пузырного протока, выделяют из ложа и удаляют. После выполнения интраоперационной холангиографии и при отсутствии патологии общего желчного и общего печеночного протоков пузырный проток перевязывают, ложе желчного пузыря перитонизируют.

Результаты исследования и их обсуждение

У 16,5% из 182 больных, у которых исследовалась желчь на наличие анаэробной микрофлоры и специфическая антибактериальная терапия в предоперационный период не проводилась, анаэробные возбудители были обнаружены в 14 посевах из желчного пузыря (47%) и в 5 — из общего желчного протока (45%). В 3 случаях в посевах из желчного пузыря найдена ассоциация из двух анаэробов (см. таблицу).

При наличии у больных ОБП анаэробной флоры отмечалось более тяжелое течение заболевания. Имели место выраженная интоксикация, нарушения гемодинамики, патологические изменения показателей, полученных при лабораторных и инструментальных исследованиях.

Результаты бактериологического исследования

Возбудитель	Желчный пузырь	Общий желчный проток
<i>Clostridium perfringens</i>	2	—
<i>Peptostreptococcus micros</i>	4	1
<i>Peptostreptococcus magnus</i>	5	1
<i>Eubacterium lentum</i>	3	—
<i>Bacteroides fecalis</i>	3	3

При применении УНДСС наблюдалось значительное снижение интенсивности болевого синдрома. Купирование боли уже после первого введения новокаина зарегистрировано у 78% больных, у 22% интенсивность боли значительно снижалась.

Малоинвазивное хирургическое вмешательство обеспечило раннюю активизацию больных во второй и третьей группах уже в первые сутки. Полностью болевой синдром купировался в первой группе на $5,4 \pm 0,2$ сутки, во второй — на $2,6 \pm 0,3$ сутки, а в третьей — на $2,2 \pm 0,3$ сутки ($p < 0,05$). Уровень амилазы крови достоверно снижался и нормализовался на $6,1 \pm 0,3$ сутки в первой группе, на $3,4 \pm 0,2$ сутки — во второй и на $3,1 \pm 0,3$ сутки — в третьей ($p < 0,05$). Продолжительность пребывания в стационаре больных первой группы составила $12,4 \pm 0,5$ сут, второй — $7,4 \pm 0,3$ сут, третьей — $6,1 \pm 0,2$ сут ($p < 0,05$).

При проведении традиционной холецистэктомии послеоперационные осложнения возникли у 44,8% больных: эвентрация — 7,5%, поддиафрагмальный абсцесс — 6%, нагноение послеоперационной раны — 11,9%, пневмония — 8,9%, панкреонекроз — 10,4%.

После минилапаротомии у 9,3% пациентов имелись следующие осложнения: несостоятельность культи пузырного протока и желчеистечение — 3,7%, нагноение послеоперационных ран — 3,7%, пневмония — 1,9%. При этом конверсии зарегистрированы у 5,6% больных.

При выполнении видеолaparоскопии осложнения наблюдались у 14,8% больных: повреждение холедоха, послеоперационное желчеистечение — 3,3%, несостоятельность культи пузырного протока — 1,6%, резидуальный холедохолитиаз, сопровождающийся механической желтухой, — 3,3%, панкреонекроз — 6,6%.

34 пациента с наличием большого кармана Гартмана, сращенного с желчными путями, оперированы предложенным способом холецистэктомии. Осложнением в данной группе явилось кро-

вотечение из ложа желчного пузыря, возникшее у 2,8%. Повреждений внепеченочных желчных путей не отмечено.

Послеоперационная летальность в первой группе составила 15,1%. Причиной смерти явились: острая сердечно-сосудистая недостаточность — 7,5%, эндогенная интоксикация — 6,1%, тромбоэмболия легочной артерии — 1,5%. Летальных исходов во второй группе не было, в третьей группе их число составило 3,2%: от острой сердечно-сосудистой недостаточности — 1,6%, тромбоэмболии легочной артерии — 1,6%.

Таким образом, мы считаем, что у больных ОБП пожилого и старческого возраста оперативное лечение из традиционного лапаротомного доступа показано при наличии распространенного перитонита. Во всех остальных ситуациях у таких пациентов рекомендуется малоинвазивное хирургическое вмешательство после проведения комплексной предоперационной подготовки.

Выводы

1. Наличие у больных острым билиарным панкреатитом анаэробной флоры в билиарной системе сопровождается тяжелым течением заболевания.

2. Применение в комплексном лечении билиарного панкреатита у больных пожилого и старческого возраста УНДСС позволило быстрее купировать болевой синдром.

3. Малоинвазивное хирургическое вмешательство из минидоступа у пациентов старше 60 лет целесообразно в случаях высокого операционно-анестезиологического риска.

4. Предложенный способ холецистэктомии при большом кармане Гартмана, сращенном с желчными путями, позволяет снизить такие осложнения, как кровотечение, желчеистечение, исключает повреждение общего желчного протока.

5. Оперативное лечение билиарного панкреатита малоинвазивным методом снижает послеоперационные осложнения на 35,5%, летальность — до 3,2%.

Список литературы

1. Красильников Д.М., Фаррахов А.З., Хайруллин И.И., Маврин М.И. Ранние послеоперационные осложнения у больных калькулезным холециститом и холедохолитиазом. — Казань: Медицина, 2008. — 176 с.
2. Кузнецов И.А. Длительная сегментарная новокаиновая блокада левого грудного симпатического ствола в комплексном лечении больных острым панкреатитом: Дис. ... канд. мед. наук. — Самара, 1997.
3. Миллер М.С. Применение малоинвазивных технологий при лечении панкреонекроза у больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Красноярск, 2004.
4. Шеянов Д.С. Особенности клинического течения и лечебной тактики при остром панкреатите у пациентов старшей возрастной группы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб, 2003.