

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

ИВ



Федеральное государственное учреждение

Институт хирургии им. А.В.Вишневского

Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи

Б. Серпуховская ул., д.27, Москва, 115998, тел.(495)236-72-90, факс (495)236-61-30 <http://www.vishnevskogo.ru> E-Mail: doktor@ixv.comcor.ru

ОКПО 01897239 ОГРН 10377339528507 ИНН/КПП 7705034322 / 770501001

_____ № _____

на № _____ от _____

19.05.2008 г. № ДС - 11

**В Федеральную службу по надзору в
сфере образования и науки**

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий» сообщает, что автореферат диссертации Аскерханова Рашида Гамидовича «Редкие осложнения желчнокаменной болезни и их хирургическое лечение по специальности 14.00.27 - хирургия, медицинские науки размещен на сайте Института 19 мая 2008 года <http://www.vishnevskogo.ru>

Шифр диссертационного совета Д 208.124.01 при ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий».

Ф.И.О. отправителя : Шаробаро В.И., ученый секретарь диссертационного совета доктор медицинских наук ,

E-mail: Sharobaro@ixv.comcor.ru.

Директор ФГУ «Институт хирургии
им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»

Академик РАМН

Федоров В.Д.

Сведения о предстоящей защите диссертации

Аскерханов Рашид Гамидович

«Редкие осложнения желчнокаменной болезни и их хирургическое лечение по специальности 14.00.27 - хирургия

медицинские науки

Д 208.124.01

ФГУ Институт хирургии им.А.В.Вишневского Росмедтехнологий

115998, Москва, Б.Серпуховская, 27

телефон: 237.13.11 (<http://www.vishnevskogo.ru>).

E-mail: Sharobaro@ixv.comcor.ru

Предполагаемая дата защиты 19 июня 2008 года

19 мая 2008 года

Ученый секретарь диссертационного совета Д 208.124.01

Доктор медицинских наук

Шаробаро В.И.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 208.124.01 при ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»

от 15 мая 2008 г.

Комиссия, в составе членов диссертационного совета: профессора Вишневого В.А., профессора Гальперина Э.И., профессора Самохвалова В.И. рассмотрела диссертацию Аскерханова Рашида Гамидовича «Редкие осложнения желчнокаменной болезни и их хирургическое лечение по специальности 14.00.27 - хирургия, медицинские науки, представленную к официальной защите на соискание учёной степени кандидата медицинских наук.

Диссертация выполнена на кафедре хирургии ФППО Московской медицинской академии им.И.М.Сеченова .

Научный руководитель – доктор медицинских наук профессор Глабай Владимир Петрович

Апробация диссертационной работы состоялась на заседании кафедры хирургии ФППО Московской медицинской академии им.И.М.Сеченова .

29 апреля 2008 года

Диссертация получила положительную оценку и рекомендована к защите.

Предварительное заключение членов диссертационного совета – положительное.

Комиссия считает, что:
шифр специальности диссертации Аскерханова Р.Г. соответствует профилю совета;

опубликованные работы полностью отражают основные положения диссертации;

диссертация Аскерханова Р.Г. может быть принята к официальной защите.

Предлагается утвердить в качестве ведущей организации –

НИИ скорой помощи им.Н.В.Склифосовского ДЗ Москвы

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор Федоров Андрей Владимирович

Доктор медицинских наук профессор Сажин Александр Вячеславович

На правах рукописи

АСКЕРХАНОВ РАШИД ГАМИДОВИЧ

РЕДКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ИХ
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

14.00.27 – Хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва 2008

Работа выполнена на кафедре хирургии ФППОВ ГОУВПО Московской
медицинской академии им. И.М. Сеченова

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Глабай

Владимир Петрович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Федоров Андрей

Владимирович

доктор медицинских наук, профессор

Сажин Александр

Вячеславович

Ведущая организация: Научно-исследовательский институт скорой
помощи имени Н.В. Склифосовского

Защита состоится «.....».....2008г. вна
заседании диссертационного совета Д 208.124.01 при
Институте хирургии им. А.В. Вишневского

Адрес: 115998 Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института
хирургии им. А.В. Вишневского

Автореферат разослан «.....».....2008г

Ученый секретарь диссертационного совета

Доктор медицинских наук

Шаробаро В.И.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Желчнокаменной болезнью в индустриально развитых странах страдают 10 – 15% мужчин и 25 % женщин (Mergner K. et all. 2001). Течение этого заболевания, особенно в период атаки острого приступа, характеризуется развитием целого комплекса осложнений в системе «желчный пузырь – желчные протоки – поджелудочная железа», и

значительная часть больных подвергается оперативному лечению в острой фазе либо после ее стихания (Данилов М.В., 1991, Брискин Б.С., 1997, Абрамов А.А., 2005, Ермолов А.С., 2007, Gibney E.J., 1990 et all.).

Вместе с тем, у ряда больных отмечается бессимптомное течение, отдельные больные воздерживаются от операции и, наконец, часть больных не оперируют в связи с наличием сопутствующих заболеваний, пожилого и старческого возраста, риском общей анестезии. Последние обстоятельства, чаще всего, и приводят к возникновению, так называемых, редких осложнений, частота которых составляет 0.7 – 1.4% (Гальперин Э.И. и соавт., 2006, Patrassi N., 1975).

Среди редких осложнений желчнокаменной болезни выделяют наружные желчные свищи, внутренние или холецистодигестивные свищи, торакобилиарные и бронхобилиарные свищи, холецистохоледохеальные свищи или синдром Мирizzi, желчнокаменную тонкокишечную непроходимость, а также другие типы желчных свищей и микро или «крупный» холедохолитиаз, «сморщенный» желчный пузырь, обызвествление желчного пузыря (Пономарев А.А. 1999, Шаповальянц С.Г., 2006, Седов А.П., 2006, Clavien P.A., 2001 et all, Shah O.J., 2001, Salloum R.M., 2004, Salloum R.M., 2004, Waisberg J., 2005, Wind J., 2006).

Анализ научных источников по данной проблеме выявил, прежде всего, что систематическому изучению подвергались лишь отдельные редкие осложнения желчнокаменной болезни, в частности, холецистодигестивные свищи (Тимербулатов В.М., 1997, Abou–Saif A., 2002 et all.) и синдром Мирizzi, (Савельев В.С., Ревякин В.И., 2003, Wassenaar R.P., 1995), а по другим видам нестандартных осложнений, как правило, публиковались единичные наблюдения (Федоров А.В., 1992, Лохвицкий С.В., 2006 и др), а такое осложнение как синдром Буве не отражен в отечественной литературе.

Для практической хирургии важным является выявление чаще всего встречаемых редких осложнений желчнокаменной болезни, особенностей их проявления, способов дооперационного распознавания, разработка рациональной хирургической тактики при каждом конкретном виде редкого осложнения желчнокаменной болезни, рекомендаций по возможной профилактике их развития и достижению благоприятных результатов хирургического лечения.

Цель исследования: Разработка рациональной хирургической тактики и улучшение результатов лечения редких осложнений желчнокаменной болезни.

Задачи исследования:

1. Выявить наиболее распространенные редкие осложнения желчнокаменной болезни и причины их развития.
2. Уточнить клиническую картину редких осложнений желчнокаменной болезни и разработать обоснованную схему обследования при подозрении на подобные осложнения.
3. Индивидуализировать хирургическую тактику при наиболее часто встречающихся редких осложнениях желчнокаменной болезни
4. Выявить основные причины летальных исходов при редких осложнениях желчнокаменной болезни и разработать меры профилактики неблагоприятных исходов их лечения.

Научная новизна

Выявлены чаще всего встречающиеся редкие осложнения желчнокаменной болезни, доказана ведущая роль в их распознавании прямых методов контрастирования желчных протоков.

Доказано, что главной причиной развития редких осложнений желчнокаменной болезни является длительное ее существование и несвоевременное оперирование желчнокаменной болезни.

Доказано значение времени как «фактора риска» развития и опасность запоздалых операций при редких осложнениях желчнокаменной болезни.

Определена диагностическая программа при подозрении на редкое осложнение желчнокаменной болезни и выявлены наиболее информативные методы исследования у этой группы больных.

Разработана рациональная хирургическая тактика при редких осложнениях желчнокаменной болезни, основанная на индивидуализации выбора метода оперативного пособия в зависимости от выявленных патологических изменений

Практическая ценность

Изученные особенности развития и клинических проявлений редких осложнений желчнокаменной болезни позволяют у ряда больных заподозрить указанные осложнения в дооперационном периоде и разработать программу диагностики и хирургического лечения.

Разработаны практические рекомендации по выполнению оперативных пособий при синдроме Мириззи, «сморщенном» желчном пузыре, холецистодигестивных свищах и обтурационной желчнокаменной тонкокишечной непроходимости.

Показано, что, наибольшую опасность для жизни больного несут комбинации осложнений, развивающихся на фоне редкого осложнения желчнокаменной болезни, что предопределяет целесообразность раннего оперативного лечения последней.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Главной причиной развития редких осложнений желчнокаменной болезни является ее длительное существование. Основным способом профилактики редких осложнений является оперирование больных в ранние сроки после выявления желчнокаменной болезни, как правило, с применением минимальноинвазивной операции в холодном периоде заболевания вне зависимости от возраста и после компенсации сопутствующих заболеваний.
2. Больные редкими осложнениями желчнокаменной болезни требуют индивидуального выбора лечебной тактики и оперативного пособия, запоздалое или неэффективное оперативное вмешательство может приводить к неблагоприятным результатам лечения подобных больных.
3. Разработанные технические и тактические особенности выполнения операций при «сморщенном» желчном пузыре, синдроме Мириizzi, внутренних желчных свищах и обтурационной желчнокаменной тонкокишечной непроходимости позволяют избежать интраоперационные повреждения внепеченочных желчных протоков и магистральных сосудов..
4. Основной причиной летальных исходов при редких осложнениях желчнокаменной болезни является суммирование возникающих осложнений и запоздалое хирургическое лечение.

Внедрение результатов в практику

Разработанные положения и рекомендации внедрены и используются в клинической практике хирургических отделений городской клинической больницы № 53 г. Москвы, кафедры хирургии ФППОВ ММА им. И.М.

Сеченова, а также используются для обучения интернов, ординаторов, аспирантов и слушателей, обучающихся на кафедре хирургии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова.

Апробация работы:

Материалы диссертации доложены на всероссийском научном форуме «Хирургия 2005», Москва; научно-практической конференции, посвященной 50-летию 53 ГКБ г. Москвы (2005); XII Международном Конгрессе хирургов-гепатологов стран СНГ, 2006г. Алматы, Казахстан.

Публикации:

По теме диссертации опубликовано 3 научных работы

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 103 страницах машинописного текста, состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций. Библиографический указатель содержит 48 отечественных и 78 иностранных источников. В работе 7 таблиц, 17 рисунков.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Клинические наблюдения, методы исследования

Всего за последние 15 лет в клинику хирургии ФППОВ ММА им.И.М.Сеченова поступило 5449 больных желчнокаменной болезнью. Из них по неотложным показаниям поступило 3324 (61 %) больных и 2125 (39 %) для планового оперативного вмешательства. Среди всех больных калькулезным холециститом у 82 выявлены редкие осложнения, что составило 1,5% от общего числа поступивших и 2,4% от оперированных больных. Обнаруженные редкие осложнения представлены в табл.1.

Таблица 1.

Редкие осложнения желчнокаменной болезни (n=82)

Наименование	Кол-во	%
Спонтанный наружный желчный свищ	5	6,1
Внутренние желчные свищи	24	29,3
из них холецистодуоденальный	23	
из них с обтурационной тонкокишечной непроходимостью	5	
из них синдром Bouveret	1	
из них холецистоободочный	1	
«Сморщенный» желчный пузырь	11	13,4
Синдром Мириззи	42	51,2
из них со «сморщенным» желчным пузырем	15	
из них с холецистодуоденальным свищем	2	
из них с обтурационной тонкокишечной непроходимостью	1	
ВСЕГО	82	

Пол и возраст больных отражен в таблице 2

Таблица 2.

Пол и возраст больных

Возраст	Мужчины	Женщины
40 -50 лет	2 (2,4 %)	3 (3,6 %)

51 – 60 лет	5 (6,1%)	12 (14,6%)
61 - 70 лет	5 (6,1%)	15 (18,3 %)
71 - 80 лет	4 (4,9%)	29 (35,4%)
81 и выше	0 (0%)	7 (8,6%)
Всего:	16 (19,5%)	66 (80,5%)
Общее число оперированных:	82 (100%)	

Таким образом соотношение мужчин и женщин 1 : 4, средний возраст среди наблюдаемых составил 70 лет. Изучение анамнестических данных выявило, что больные страдали желчнокаменной болезнью от 5 до 57 лет. Обращают на себя внимание некоторые особенности историй болезни у этих больных, что позволило нам выделить 3 группы в зависимости от течения заболевания и проводимой лечебной тактики. Так, лишь у 14 (17,1%) больных заболевание протекало бессимптомно, 43 (52,4%) больных воздерживались от ранее предлагаемого оперативного пособия, наконец, 25 (30,5%) больным, наблюдавшимся врачами в течение многих лет, не предлагалось оперативное лечение в связи с наличием различных сопутствующих заболеваний, преклонным возрастом и опасностью общей анестезии. Сопутствующие заболевания представлены в таблице 3

Таблица 3

Сопутствующие заболевания у больных редкими осложнениями желчнокаменной болезни

Сопутствующие заболевания	Кол-во	%
Сердечно – сосудистая система	17	20,7%
Органы дыхания	6	7,3
Органы желудочно – кишечного тракта	9	10,9%
Мочеполовая система	6	7,3%
Эндокринологическая система	5	6,9%
Неврологическая система	3	3,6%
Всего	46	56%

Как видно из таблицы 3 у 46 (56%) рассматриваемых больных с некоторыми редкими осложнениями желчнокаменной болезни обнаружены тяжелые сопутствующие заболевания, а у 16 (19,5%) больных обнаружена комбинация двух или более подобных заболеваний.

Из 82 больных, оперированных с редкими осложнениями желчнокаменной болезни 16 (19,5%) больных оперировано по неотложным показаниям с острым холециститом, 30 (36,6%) больных в связи с неэффективностью и 14 (17%) больных из-за безуспешности эндоскопической папиллотомии, предпринятой с целью разрешения механической желтухи и холангита или по поводу обтурационной желчнокаменной непроходимости. Еще 22 (26,9%) больных нами были оперированы в плановом порядке и редкое осложнение желчнокаменной болезни в этой группе у 6 (27,2%) больных распознано до операции и у 16 (72,8%) лишь интраоперационно.

Анализ течения заболевания этой группы больных показал, что подобные осложнения, особенно спонтанные наружные желчные свищи, являются манифестом длительно существующей желчнокаменной болезни. Обращает на себя внимание возраст наблюдаемых больных, в частности, у 40 из 82 он был от 70 до 92 лет, а средний возраст составил 70 лет. Весьма характерны сроки заболевания желчнокаменной болезнью, ее продолжительность была в интервале от 5 до 57 лет.

Не менее показательны и другие особенности течения историй болезни этих пациентов, что позволило нам выделить 3 основные причины столь длительного существования желчнокаменной болезни в зависимости от течения заболевания и проводимой лечебной тактики. Лишь у 14 (17.1%) больных заболевание протекало бессимптомно и после первого приступа они были оперированы, 43 (52.4%) больных воздерживались от оперативного пособия, несмотря на неоднократные приступы, и наконец, 25 (30,5%) больным, наблюдавшимся врачами в течение многих лет не рекомендовалась операция в связи с возрастом, наличием сопутствующих заболеваний, опасностью общей анестезии.

Таким образом, мы полагаем, в 83% наших наблюдений не была проявлена настойчивость и убедительность при определении показаний к хирургическому лечению желчнокаменной болезни вне фазы ее обострения. В свою очередь такое положение привело, с одной стороны, к развитию редких осложнений желчнокаменной болезни, а с другой к тому, что все 82 больных были обременены сопутствующими заболеваниями, а у 16 из них обнаружена комбинация двух и более заболеваний. При этом лишь 22 больных были оперированы нами в плановом порядке, а 60 в неотложном и срочном, т.е. в первые 1-7 дней после поступления. Из них 16 (19.5%) с деструкцией желчного пузыря и тонкокишечной обтурационной непроходимостью, 30 (36.6%) в связи с неэффективностью и 14 (17%) из-за безуспешности выполнения эндоскопической папиллотомии с целью разрешения холедохолитиаза, механической желтухи и холангита.

Поскольку большая часть операций выполнялась в неотложном и срочном порядке у больных пожилого и старческого возраста на фоне сопутствующих заболеваний приходилось учитывать риск операции и общей анестезии.

Ретроспективное изучение клинических наблюдений и, особенно, вновь поступивших больных с редкими осложнениями желчнокаменной болезни, обнаружило отсутствие каких-либо патогномоничных для них

клинических проявлений. Лишь при спонтанных наружных желчных свищах при обнаружении истечения желчи на переднюю брюшную стенку диагноз при первом же осмотре не вызывал сомнений.

Вместе с тем, высказать предположение о возникновении холецистодигестивного свища удастся на основании смены умеренных «желчных» симптомов на возникновение тяжелого холангита, вызываемого бактериальным прорывом из желудочнокишечного тракта в билиарное дерево. Появление потрясающего озноба, лихорадки, болей в животе и холерической энтеропатии также весьма характерно для этой стадии холецистодигестивного свища.

В хронической фазе его существования, как правило больные указывают на потерю массы тела, различные признаки диспепсии, обильный жирный кал. Всего подобное развитие заболевания нами выявлено у 13 больных, однако лишь у 9 больных о наличии холецистодигестивного свища говорилось до операции. Еще у 14 больных подобный свищ явился интраоперационной находкой.

Другим проявлением холецистодигестивного свища могут быть признаки стеноза выходного отдела желудка, что отмечено нами у 1 больного синдромом Bouveret, т.е. при обтурации камнем двенадцатиперстной кишки на уровне ее луковицы.

Еще у 6 больных на почве холецистодигестивного свища развилась желчнокаменная обтурационная непроходимость. Надо признать, что лишь у 2 больных она была распознана до операции. Это положение объясняется отсутствием желчнокаменной болезни в анамнезе и определенных симптомов непроходимости на первых этапах ее возникновения. Причина этого состоит в медленном прохождении желчного камня по тонкой кишке и появлении при этом мигрирующих болей в животе. И лишь при фиксации камня в наиболее узком месте подвздошной кишки развертывается картина острой кишечной непроходимости, что, как правило, происходит к 3 – 10 суткам заболевания. Такое развитие этого осложнения подтверждает мнение

большинства хирургов о часто запоздалых операциях при желчнокаменной обтурационной непроходимости и распознавании ее природы лишь во время операции.

Основными признаками «сморщенного» желчного пузыря были проявления острого или хронического холецистита, а ключевыми симптомами синдрома Мириizzi были желтуха и холангит.

Как видно из сказанного, проявления редких осложнений желчнокаменной болезни неспецифичны и акцент в их распознавании переносится на специальные методы исследования, значимость которых также неоднозначна. Наиболее просто удастся диагностировать спонтанный наружный желчный свищ с помощью фистулографии, указывающей не только на факт свища, но и его главную причину – холедохолитиаз.

Другим, достаточно информативным и заставляющим предположить редкое осложнение, следует признать ультразвуковое исследование, позволяющее, прежде всего, увидеть крупные камни и иногда их пролабирование в расширенный гепатикохоледох при синдроме Мириizzi. Более показательным для этого синдрома оказалось выявление крупного холедохолитиаза при сморщенном желчном пузыре.

Окончательное выявление синдрома Мириizzi возможно лишь при прямом контрастировании желчных протоков, что наиболее просто удается при эндоскопической ретроградной холангиографии или, как это принято в последнее время, при магниторезонансной панкреатохолангиографии.

Весьма демонстративна, необходима и достаточна традиционная обзорная рентгенография брюшной полости при желчнокаменной обтурационной непроходимости. Обнаружение триады; аэробилии, признаков тонкокишечной непроходимости и тени конкремента в тонкой кишке однозначно указывает на причину страдания больного.

Также информативно рентгеноконтрастное исследование пассажа бариевой взвеси по тонкой кишке, выявляющее холецистодигестивный свищ, уровни и аркады тонкой кишки.

Течение редких осложнений желчнокаменной болезни, сопровождается малосимптомной картиной и иногда протекает под маской опухоли, в частности поджелудочной железы. Так, в подобном случае при выполнении компьютерной томографии нами обнаружен синдром Буве, характеризующийся обтурацией на уровне луковицы двенадцатиперстной кишки и клиникой нарушения ее проходимости.

Следует подчеркнуть, что несмотря на высокую информативность специальных методов исследования не все они, к сожалению, осуществимы в ургентной хирургии, когда необходима операция в неотложном или срочном порядке, полученные данные даже при однотипных редких осложнениях желчнокаменной болезни переменчивы, что затрудняет их интерпретацию. Поэтому очередность исследований, их необходимость и достаточность определяется у каждого конкретного больного.

В целом же, как показали наши исследования, у 50 (61%) больных редкое осложнение желчнокаменной болезни оказалось интраоперационной находкой.

Наблюдения спонтанных наружных желчных свищей большинством отечественных хирургов единичны. Зарубежные хирурги за истекший век наблюдали 100 случаев. Нами обнаружено 5 подобных больных, причем у 3 выявлена комбинация различных осложнений желчнокаменной болезни, что явилось прямым следствием камненосительства в течение 13, 17 и 23 лет лицами пожилого и старческого возраста, страдающими сопутствующими заболеваниями и им на этом основании откалывалось в хирургическом лечении. Еще 2 больных подвергались нерациональной хирургической тактике, направленной на купирование острого холецистита с помощью холецистостомы без предложения последующей операции.

Полагаем более обоснованной при остром холецистите тактику, направленную на оперирование всех больных острым холециститом, а сроки вмешательства и вид пособия зависят исключительно от степени деструкции

желчного пузыря и вовлечения в процесс системы «желчный пузырь – желчные протоки – поджелудочная железа».

Относительно спонтанных наружных желчных свищей оптимальным видом вмешательства считаем «открытую» холецистэктомию с возможным расширением пособия при обнаружении комбинации осложнений.

Среди внутренних желчных свищей мы выделяем прямые, когда желчь поступает непосредственно в ближайший орган и не прямые, т.е. желчь поступает в полый орган через хронический абсцесс, а также простые, когда свищ сообщается с одним органом и сложные, открывающиеся в несколько органов. Возможно образование комбинированных желчных свищей, открывающихся одновременно как наружу, так и в полый орган. Из 26 больных внутренними свищами сложный вариант обнаружен нами у 2 больных, когда одновременно имелся билиобилиарный свищ (синдром Мириззи) и холецистодуоденальный. Кроме того, у 6 больных при холецистодуоденальном свище возникла желчнокаменная обтурационная непроходимость и у 1 больного нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки вследствие ее обтурации камнем (синдром Буве).

Основной операцией при холецистодигестивных свищах является их разобщение, холецистэктомию, ушивание свища. При свище с ободочной кишкой нами выполнено выведение на переднюю брюшную стенку свищевого хода в виде двухствольной трансверзостомы. Наконец. В 2 случаях сочетания холецистодуоденального свища и синдрома Мириззи выполнено разобщение свища, ушивание свищевого хода двенадцатиперстной кишки, холецистэктомию, Т-дренирование желчных протоков.

Таблица 4

Хирургическая тактика при наружных и внутренних желчных свищах

Осложнение	Операция
Наружный желчный свищ	Холецистэктомия
Холецистодуоденальный свищ + обтурационная тонкокишечная непроходимость	Холецистэктомия, мукоклазия модификации А.В.Вишневого, разобщение свища, ушивание свищевого хода, смещение камня в дистальном направлении тонкой кишки, энтеротомия на камне, экстракция камня, ушивание энтеротомического отверстия, длительная назоеюнальная интубация. При невозможности холецистэктомии или мукоклазии ее выполнение вторым этапом через 1-2 месяца
Пузырно-ободочный свищ	Разобщение свища, холецистэктомия, ушивание или выведение участка кишки несущего свищевой ход на переднюю брюшную стенку

В тех случаях, где холедохолитиаз при синдроме Мириззи не удается разрешить с помощью эндоскопической папиллотомии необходимо наложение желчеотводящего анастомоза. Как правило, мы не рекомендуем использовать свищевые отверстия для выведения дренажей и создания билиодигестивных соустьев ввиду опасности несостоятельности, однако в 1 случае именно при неразрешенном холедохолитиазе, крайне тяжелом состоянии больной, для укорочения времени операции, мы отошли от этого правила с успешным результатом лечения.

Тесно связана с холецистодигестивными свищами тонкокишечная обтурационная желчнокаменная непроходимость, являющаяся продолжением развитие свищей и признаком нарастания количества и качества осложнений. Суть возникновения этого вида осложнения состоит в миграции крупных камней из желчного пузыря, чаще всего, в

двенадцатиперстную кишку далее по тонкой кишке с обтурацией камнем, как правило, подвздошной кишки в ее самом узком участке.

Принципиальная особенность обтурационной желчнокаменной непроходимости состоит в ее длительном разворачивании, интермиттирующих и неспецифических проявлениях, запоздалом распознавании и, как следствие, позднее оперирование. Эти обстоятельства приводят к выраженному водно-электролитному дисбалансу, что опасно для больных пожилого и старческого возраста. Этими причинами и объясняется высокая летальность среди этих больных.

Это положение выявлено у всех 6 наших больных из которых умерло 4. Ретроспективный анализ, накопление опыта лечения подобных больных, настороженность в отношении возможности возникновения этого тяжелого осложнения привели к тому, что последние 2 больных были успешно излечены.

Главным условием достижения обнадеживающих результатов лечения такой комбинации редких осложнений желчнокаменной болезни считаем сокращение сроков наблюдения и выполнение своевременной и адекватной операции. Полагаем, что в неотложной хирургии оправдано выполнение сочетанных операций, направленных на излечение от желчнокаменной болезни и разрешение обтурационной непроходимости. Иначе, как это было в одном из наших наблюдений, из оставленного желчного пузыря продолжали мигрировать камни, вызвавшие рецидив непроходимости. Также при оставлении желчного пузыря возможна атака острого холецистита в ранние сроки после операции, если не выполнялась холецистэктомия или, в крайнем случае, холецистолитотомия с холецистостомией.

Если из-за местных воспалительных изменений невозможно одновременно выполнить холецистэктомию, то следует убедиться, что в желчном пузыре не остаются камни и тогда вторым этапом через 2-3 месяца выполнить холецистэктомию, что и сделано 1 нашей больной. Как доказано в

клинике (А.А.Абрамов, 2005) имеющаяся в арсенале хирурга мукоклазия желчного пузыря в модификации А.В.Вишневого или резекция желчного пузыря по классификации зарубежных хирургов, имеет право на использование в «трудных» случаях холецистэктомии.

Кроме того, что подтверждено сотрудником клиники А.В. Архаровым (2007), положительные результаты лечения всех видов непроходимости могут быть достигнуты использованием длительной назоеюнальной интубации с целью декомпрессии, лаважа, деконтаминации кишечника и энтерального питания. Эти мероприятия убедительно контролируют и корректируют возникающие нарушения моторно-эвакуаторной и всасывательной функции кишечника, что является залогом успешного лечения больных непроходимостью.

Однако, наиболее простым, надежным и легко осуществимым способом профилактики редких осложнений желчнокаменной болезни считаем внедрение современного подхода к лечению желчнокаменной болезни, направленного на раннее выполнение, как правило, минимальноинвазивной операции в холодном периоде заболевания вне зависимости от возраста и после компенсации сопутствующих заболеваний. И тогда не придется оперировать, как наблюдали в 1 случае обтурационной желчнокаменной тонкокишечной непроходимости, через 57 лет после обнаружения желчнокаменной болезни.

Другое осложнение, «сморщенный» желчный пузырь, как позднее проявление длительно существующей желчнокаменной болезни также представляет для хирурга достаточно сложную проблему как в диагностическом, так и хирургическом отношении. Нами изучено 11 подобных больных, средний срок заболевания составил 11 лет, 4 больным ранее вообще не предлагалось оперативное лечение.

Разумеется, обнаружение при ультразвуковом исследовании или компьютерной томографии, уменьшенного в размерах, с утолщенными стенка, иногда лишенного просвета желчного пузыря наводит на мысль о его

злокачественном перерождении на фоне желчнокаменной болезни. Мы полагаем, что как рак желчного пузыря, так и его доброкачественное сморщивание подлежит оперативному лечению, характер которого зависит от интраоперационных находок и срочного гистологического исследования.

При подтверждении доброкачественного сморщивания желчного пузыря перед хирургом возникают разнообразные вопросы, связанные с безопасным его удалением, в основном, с целью предупреждения травмы внепеченочных желчных протоков и магистральных сосудов.

Для этого предлагаются отдельные приемы, суть которых состоит в стремлении «попасть в слой» при выделении желчного пузыря и «тщательном и неспешном» оперировании. Это справедливо, однако не всегда такие предложения помогают избежать интраоперационные осложнения, особенно, при сочетании «сморщивания» желчного пузыря и синдрома Мириззи, когда отсутствует пузырный проток и треугольник Кало.

Наряду с известным приемом удаления воспалительно измененного или «сморщенного» желчного пузыря после эвакуации из него желчи, вскрытии пузыря в продольном направлении, удалении камней и холецистэктомии «на пальце» мы используем разработанную нами методику субсерозного удаления желчного пузыря и мукоклазию в модификации А.В.Вишневого.

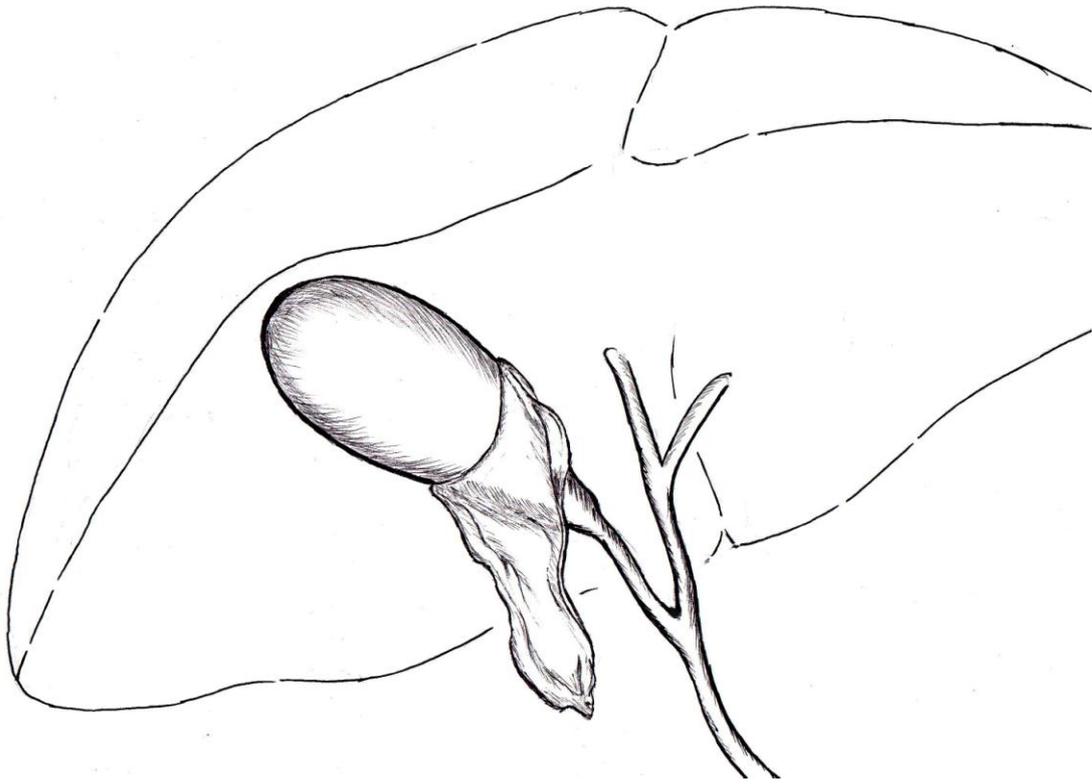


Рис.1. Субсерозное удаление желчного пузыря.

Суть первого способа состоит во вхождении под фиброзную оболочку желчного пузыря, по типу субсерозного выделения пилороантрального отдела желудка при резекции «на выключение», и снятии ее вместе с перифокальными воспалительными тканями со слизистой желчного пузыря и пузырного протока по типу «розетки», холецистэктомии и лигировании пузырного протока или введении через него дренажа гепатикохоледоха.

При выполнении мукоплазии желчного пузыря в модификации А.В.Вишневого удаляются дифференцируемые стенки желчного пузыря, прошиваются кровотокащие участки, производится электродеструкция оставшейся слизистой. Нечто подобное выполняют зарубежные хирурги, причем и во время лапароскопической холецистэктомии и называют этот вид операции парциальной резекцией желчного пузыря. Последняя точка зрения противоречит нашей, мы полагаем, что обнаружение «сморщенного»

желчного пузыря служит противопоказанием для выполнения лапароскопической холецистэктомии.

В проблеме синдрома Мириizzi наиболее спорными остаются само понятие синдрома и выбор способа хирургического лечения. Так, по описанию Pablo Mirizzi (1948), данный синдром это обструкция общего желчного протока – *sindrome del conducto hepatico*, обусловленный разрушением пузырного протока и шейки желчного пузыря в результате острого холецистита, пролабирования камня в гепатикохоledoх с развитием механической желтухи. Мы также полагаем, что главным субстратом синдрома является холецистохоledoхеальный свищ. Выделяемые рядом хирургов различные типы синдрома в зависимости от степени пролабирования камня в желчные протоки, по сути являются этапами прогрессирования синдрома.

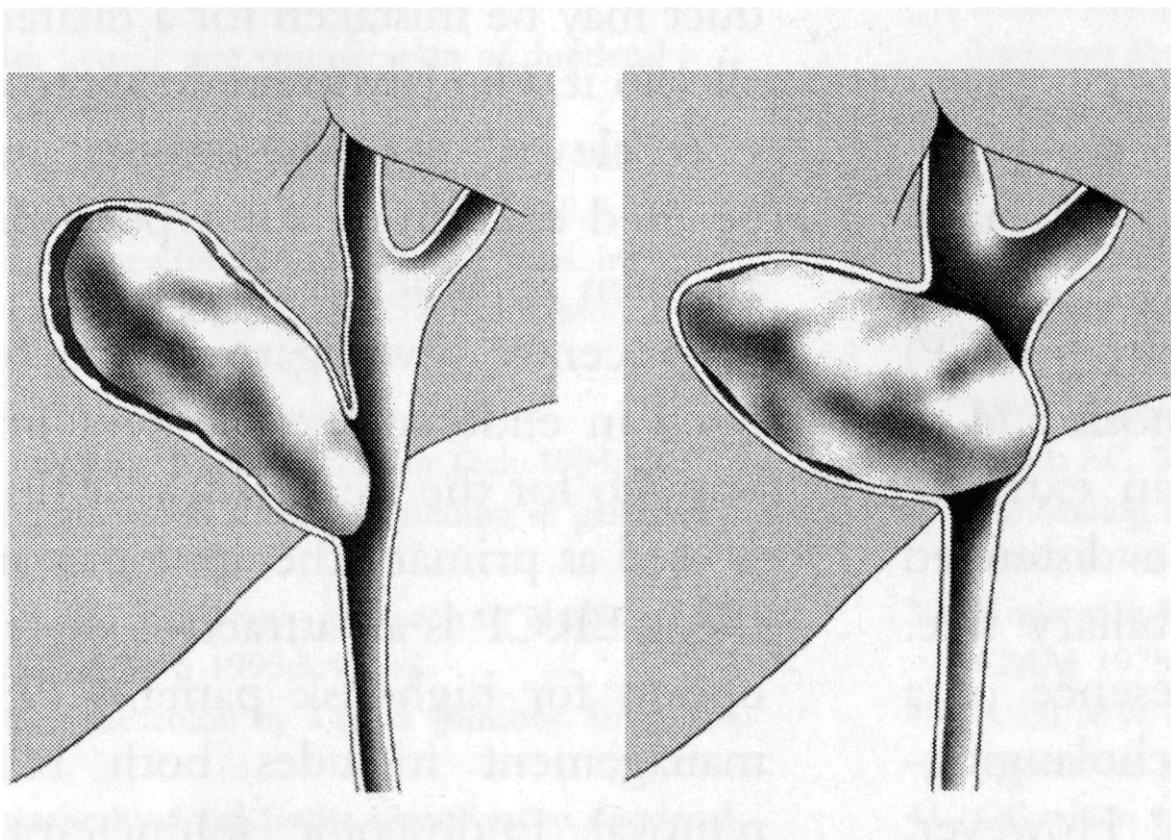


Рис.2. Схема прогрессирования синдрома Мириizzi

Всего под нашим наблюдением было 42 больных синдромом Мириizzi, в дооперационном периоде он был распознан лишь у 14. Обращено внимание на менее выраженные местные изменения при оперировании вне фазы обострения калькулезного холецистита, когда нет желтухи и холангита. В таких случаях выполнение операции оказывается более анатомичным, реже встречаются нестандартные ситуации, отчетливо визуализируются ткани и структуры, особенно гепатодуоденальной связки и, как следствие, результаты хирургического лечения оказываются лучше.

Таблица 5

Хирургическая тактика лечения «сморщенного» желчного пузыря и синдрома Мириizzi

Осложнение	Операция
“Сморщенный” желчный пузырь	Холецистэктомия Мукоклазия желчного пузыря в модификации А.В.Вишневого
Синдром Мириizzi	Резекция желчного пузыря на уровне холецистохоледохеального свища, Т-образный дренаж гепатикохоледоха или БДА

Нами разработаны некоторые рекомендации по выполнению хирургического пособия при синдроме Мириizzi, состоящие в следующем: 1) отсечение желчного пузыря с оставлением 1 см холецистодигестивного свища на гепатикохоледохе, 2) электрокоагуляция слизистой оставшейся части свищевого хода, 3) ревизия желчных протоков через свищевой ход возможна лишь при условии соединения свищевого хода с гепатикохоледохом под прямым углом, 4) в большинстве случаев свищевой ход после электрокоагуляции его слизистой ушивается отдельными атравматическими швами и выполняется холедохотомия ниже или выше свища, 5) не используем свищевой ход для наложения желчеотводящих

анастомозов и выведения дренажа холедоха, б) для создания желчеотводящих анастомозов и выведения дренажа холедоха используем холедохотомическое отверстие из-за опасности несостоятельности швов в зоне воспалительных изменений свищевого хода, 7) крупные дефекты гепатикохоледоха ушиваем демукозированной частью задней стенки желчного пузыря.

Эти рекомендации при синдроме Мириizzi не являются истиной и могут видоизменяться в зависимости от общего состояния больного, конкретной ситуации, местных изменений в зоне операции с которыми хирург может столкнуться в момент операции.

Применение указанных технических приемов, а также дооперационной эндоскопической папиллотомии, минимизирует возможность ранних послеоперационных осложнений и способствует улучшению результатов лечения этой сложной группы больных. Всего из 42 больных умерло 7 (16,6%). Причиной летальных исходов было суммирование нескольких «осложнений уже имеющих осложнений», либо запоздалое оперативное вмешательство. Главной же причиной неблагоприятных результатов были обтурация желчных протоков камнем, «токсический» холангит или холангиогенные абсцессы печени.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что основной причиной развития редких осложнений желчнокаменной болезни является длительное и/или бессимптомное течение заболевания. Нередко длительное течение заболевания обусловлено необоснованным отказом от оперативного вмешательства ввиду возраста больного, наличия сопутствующих заболеваний, опасности общей анестезии. Наилучший способ профилактики редких осложнений желчнокаменной болезни своевременная операция, предпочтительно минимальноинвазивная.

Распознавание редких осложнений желчнокаменной болезни весьма затруднительно, они могут приводить к новым осложнениям, а оперативные

вмешательства нередко оказываются запоздалыми, что, главным образом, и приводит к летальным исходам.

ВЫВОДЫ

1. Главные причины развития редких осложнений желчнокаменной болезни длительное и/ или бессимптомное течение желчнокаменной болезни, а также отказ от оперативного лечения желчнокаменной болезни вне фазы обострения в связи с возрастом больных, наличием сопутствующих заболеваний и опасностью общей анестезии. Частота возникновения редких осложнений желчнокаменной болезни составляет 1,5%.
2. Среди редких осложнений желчнокаменной болезни наиболее распространенными являются синдром Мириizzi, встретившийся у 42 (51,2%) больных, холецистодигестивные свищи у 24 (29,3%) больных, «сморщенный» желчный пузырь у 11 (13,4%) пациентов, обтурационная желчнокаменная тонкокишечная непроходимость у 6 (7,3%) больных, спонтанные наружные желчные свищи выявлены у 5 (6,1 %) больных.
3. Клинические проявления редких осложнений желчнокаменной болезни неспецифичны, развиваются длительно, заподозрить их появление возможно при изменении умеренных симптомов на яркие признаки механической желтухи, «токсического» холангита, кишечной непроходимости. Наиболее информативны в распознавании редких осложнений желчнокаменной болезни прямые методы контрастирования желчных протоков, а также рентгеноконтрастное исследование желудка, тонкой или ободочной кишки при холецистодигестивных свищах и обтурационной желчнокаменной непроходимости. В 61% случаев редкие осложнения желчнокаменной болезни оказались интраоперационной находкой.
4. Больные редкими осложнениями желчнокаменной болезни требуют индивидуального выбора лечебной тактики в зависимости от степени деструкции желчного пузыря, выраженности желтухи и холангита,

возможности выполнения эндоскопической папиллотомии и экстракции камня гепатикохоледоха. Запоздалое или неэффективное оперативное вмешательство может быть «фактором риска» у подобных больных, особенно, при развитии обтурационной желчнокаменной непроходимости.

5. Основными причинами летальных исходов больных редкими осложнениями желчнокаменной болезни является возникновение комбинации нескольких осложнений и запоздалое оперативное вмешательство. Для снижения летальности, профилактики интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений необходимо выполнение разработанных технических принципов оперативного пособия.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Предотвратить развитие редких осложнений возможно лишь своевременным оперированием больных желчнокаменной болезнью. Сопутствующие заболевания и опасность общей анестезии, в большинстве случаев, не должны быть этому препятствием.
2. Основным способом распознавания редких осложнений желчнокаменной болезни в настоящее время являются прямые виды холангиографии – эндоскопическая ретроградная холангиография и фистулохолангиография, а также рентгеноконтрастное исследование желудка, тонкой или ободочной кишки при подозрении на холецистодигестивный свищ
3. Характерными рентгенологическими признаками обтурационной желчнокаменной непроходимости являются 1) аэрохолия и заброс контрастной взвеси в желчный протоки, 2) арки тонкой кишки и чаши Клойбера, 3) тень конкремента в тонкой кишке.
4. Условием успеха хирургического лечения редких осложнений желчнокаменной болезни является соблюдение таких принципов

хирургической тактики как раннее распознавание и оперирование, выполнение разработанных рекомендаций по профилактике интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений.

5. Особую опасность для жизни больного несут комбинации осложнений на фоне уже имеющихся редких осложнений желчнокаменной болезни, а также надежды на успех неоднократных попыток разрешения холедохолитиаза, механической желтухи и холангита с помощью эндоскопической папиллотомии.

СПИСОК РАБОТ,

ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Глабай В.П., Аскерханов Р.Г., Матвеева Г.К.. Хирургическое лечение редких осложнений длительно существующей желчнокаменной болезни // Материалы всероссийского научного форума «Хирургия», Москва 2005, стр.39-40
2. Глабай В.П., Раннев И.Б., Шаров А.И., Абрамов А.А., Матвеева Г.К., Аскерханов Р.Г. Хирургическое лечение острого холецистита и его осложнений // Матер. Научн.прак. конф. посв. 50-летию ГКБ № 53, Москва 2005, стр. 154-158.
3. Глабай В.П. Аскерханов Р.Г. Хирургическое лечение нестандартных осложнений длительно существующей желчнокаменной болезни // Анналы хирургической гепатологии, 2006, т.11 №3, стр 78 – 79.