



СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

д.м.н. проф **Акбаров.М.М.¹**,
Сатимбаев М.К.²

Ташкентская Медицинская Академия
Кафедра факультетской и госпитальной хирургии
Медико-педагогического факультета
<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.7805229>

ARTICLE INFO

Received: 26th March 2023

Accepted: 05th April 2023

Online: 06th April 2023

KEY WORDS

Острый холецистит, чрескожная лапароскопия, холецистэктомия, камни в желчном пузыре.

ABSTRACT

Острый калькулезный холецистит является очень распространенным заболеванием, с которым связаны определенные неясности. Камни желчного пузыря встречаются часто, и у 20% симптомных пациентов манифестируют в качестве острого калькулезного холецистита (ОКХ) различной степени тяжести. В развитых странах 10— 15% взрослого населения имеют камни в желчном пузыре.

В настоящее время острый холецистит стал одним из самых распространенных urgentных заболеваний органов брюшной полости и составляет до 20% от их общего числа (Вахидов В.В., 1982; Королев Б.А., Пиковский Д.Л., 1990; Федоров В.Д. и соавт., 1994; Арипов У.А. и со- авт., 1999; Чадаев А.П. и соавт., 2001; Кузнецов М.А. и соавт., 2001).

Острый холецистит до 1/2 случаев сопровождается различными осложнениями: перфорация желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат и абсцессы, местный и распространенный перитониты, холангит и механическая желтуха (Ер-моллов А.С., 2002; Дадвани С.А. и соавт., 1999; Кондратенко П.Г. и соавт., 1999).

Общая послеоперационная летальность колеблется в различных лечебных учреждениях в пределах 2-12%, не имеет тенденции к снижению и достигает при операциях на высоте приступа 14-15%, а у пожилых людей - 20%, резко увеличиваясь с возрастом. При экстренных операциях у больных старше 80 лет послеоперационная летальность превышает 40-50%, что делает эти операции крайне рискованными (Шулутко А. М. и соавт., 1989; Панцырев Ю.М. и соавт., 1990; Малиновский Н.Н. и соавт, 1993; Савельев А.С. и соавт., 1995; Тагиева М.М., 1998; Затева- хин И.И. и соавт., 2000; Braun В., 1996; Pezzolla F., 1997).

По мнению У.А. Арипова (1999), пусковым механизмом острого калькулезного холецистита является внезапное и плотное закрытие шейки пузыря камнем. При этом патология складывается из нескольких компонентов. Это обтурация пузырного протока, резкое нарастание давления в желчном пузыре, стаз в сосудах желчного пузыря, деструкция стенки желчного пузыря. Об- турация пузырного протока камнем



происходит в результате активизации двигательной деятельности желчного пузыря (Афендулов С.А. и со- авт., 1999; Арипов У.А. и соавт., 1999; Чадаев А.П. и соавт., 2001; Assaf Y. et all, 1998; Ricci M. et all, 1999; Zacharash I., 1999;).

Фактор острой окклюзии с отключением желчного пузыря от протоковой системы является ведущим в патогенезе прогрессирующей воспалительной деструкции стенки пузыря, так как обусловленные этим внутрипузырная гипертензия и нарушение физиологического дренажа органа приводят к острым нарушениям микроциркуляции в его стенке, прежде всего, в слизистой, с развитием ее некроза, флегмонозных и сквозных гангренозных изменений в стенке с последующим прободением. Особенно быстро этот процесс развивается на фоне вирулентной энтерогенной инфекции (Козлов С.В. и соавт., 1999; Литвиненко И.Р., 1999).

Роль инфекции в развитии деструкции желчного пузыря продолжает обсуждаться. Несмотря на то, что многие авторы отмечают вторичную роль инфекции в патогенезе строго холецистита (Паташов Л.В., 1999; Сазонов В., 1999; Buanis T., 1996; Gohanning G. et all, 1998; Lai P. et all, 1998), вопросы борьбы с бактериальной инфекцией у больных с острым холециститом, особенно с осложненными формами, остаются актуальными (Короткевич А.Г. и со- авт., 1999; Лебедев С.А. и соавт., 1999; Bittner R. et all, 1997).

При этом больным пожилого и старческого возраста свойственно особенно раннее и быстрое развитие гнойно-некротического процесса в стенке пузыря, а клиническая картина заболевания не всегда позволяет верно оценить форму воспалительного процесса, так как часто нет параллелизма между клиническими проявлениями и морфологическими изменениями в стенке пузыря и брюшной полости (Хаджибаев М. с со-авт., 1982; Сабилов Б.У., 1983; Кузнецов Н.А. и соавт., 2001), нередки случаи, когда при весьма слабых и стертых клинических проявлениях заболевания хирург находит на операции выраженные деструктивные изменения в пузыре с развивающимся перитонитом (Савельев В.С. и соавт., 1997; Кротов Н.Ф. и соавт., 1999; Затева-хин И.И. и соавт., 2000).

В то же время хирургов интересует вопрос о времени инфицирования желчи, главным образом, является ли инфекция первичным звеном в патогенезе деструктивного холецистита. По мнению ряда авторов, далеко не всякий деструктивный холецистит связан именно с развитием инфекции, но при отключенном желчном пузыре вероятность инфекции увеличивается почти вдвое (Королев Б.А., 1990; Перфильев Д.Ф., 1990; Родионов В.В. и соавт., 1990; Малиновский Н.Н. и соавт., 1993; Вахидов В.В. и соавт., 1997; Дадвани С.А. и соавт., 1999;) и приходят к выводу, что при обтурационном холецистите болезнь начинается в подавляющем случае не с инфицирования, а с блокады желчного пузыря.

На протяжении последних десятилетий хирургическая тактика при остром холецистите претерпела ряд изменений. В 50-60 годы ведущим методом лечения данной категории больных была экстренная операция. Достаточно высокий процент осложнений (до 20-40%) и летальность (до 10-20%) при данном подходе в лечении острого холецистита явилось причиной перехода в 60-70 гг. к полностью



противоположной тактике, которую условно можно назвать консервативной. В экстренном порядке оперировались лишь больные с явлениями перитонита. Однако при таком тактическом подходе в лечении острого холецистита во время оперативного вмешательства частота гангренозных форм желчного пузыря неуклонно возрастал, что в свою очередь сопровождалось еще большей летальностью (Веронский Г.И., 1989; Кулиев Ш.Б. и соавт., 1990; Грязсов В.И. и соавт., 1991; Баулин Н.А. и соавт., 1991).

В 70-80 гг. большинство хирургов перешли к активной выжидательной тактике. Разрабатывались диагностическая лапароскопия и лапароскопическая лечебная холецистостомия при остром холецистите. В случаях развития перитонита, холангита, тяжелой интоксикации проводились экстренные операции. В случаях, когда купирование воспалительного процесса не удавалось, проводились срочные операции через 24-48 часов. При купировании воспалительного процесса выполнялась операция в плановом порядке через 10-12 суток (Савельев В.С. и соавт., 1980; Кузнецов Н.А. и соавт., 1997; Ермолов А.С. и соавт., 1999).

В последние годы наметилась тенденция возврата к активной хирургической тактике выполнения операции в первые 24 часа после соответствующей подготовки, включающей инфузионную и антибактериальную терапию, спазмолитики. Если в этот срок состояние больного улучшалось, то лечение продолжается и операция выполняется в холодном периоде (Каримов

Ш.И., 1997; Арипов У.А. и соавт., 1999; Кузнецов Н.А. и соавт., 1999; Кротов Н.Ф. и соавт., 1999). Возврат к активной тактике стал возможен прежде всего с появлением новых эффективных лекарственных препаратов, повышения уровня реанимационно-анестезиологической помощи, и, в основном с внедрением в клиническую практику малоинвазивных вмешательств.

Одной из нерешенных проблем острого обтурационного холецистита является выбор метода лечения у больных так называемой «угрожаемой группы». При этом в связи с сопутствующими заболеваниями операционная травма и интубационный наркоз при холецистэктомии представляет серьезный риск (Королев Б.А., 1990; Акилов Х.А. и соавт., 1999; Галимов О.В. и соавт., 1999; Кушкян А.М. и соавт., 2000). Физическое состояние больного является важнейшим фактором риска, влияющим на конечный результат хирургического лечения больного. В связи с этим в зависимости от физического состояния больного и наличия сопутствующей патологии были предложены различные классификации определения степеней риска общей анестезии и операции, в основном подразделенных на 5 категорий. По данным специальных компьютерных исследований, в ближайшие 7 суток после операции летальность прогрессивно возрастает от 1-ой к 5-ой категории физического статуса, достигая более чем 80-кратного увеличения. Предложены классификации Н.Н. Малиновского (1973), Н.Н. Александрова (1981), В.А. Гологорского (1982) (Бунятян А.А., 1997). В этих классификациях градация степеней риска анестезии и операции выражается в цифровом и буквенном индексах, что создает сложности в расчетах экстренно поступивших больных. За рубежом принята классификация Американской ассоциации анестезиологов (ASA), принятая в 1961 году. В соответствии с этой



классификацией больного относят к одному из 5 классов в зависимости от тяжести состояния. Через некоторое время после разработки классификации было обнаружено, что оценка состояния по ASA коррелирует с периоперационной летальностью. Предложенная классификация ASA полезна при планировании анестезии, особенно для выбора метода мониторинга, объективно отражает вопросы планирования и предупреждения операционных осложнений. (Эдвард Морган мл., 1998).

В случаях с пациентами «угрожающей группы» большинство хирургов прибегают к патогенетически оправданному декомпрессивному вмешательству - холецистостомии. При этом радикальное вмешательство - холецистэктомия оставляют на второй этап (Постолов П.М. и соавт., 1989; Скляревский В.В. и соавт., 1989; Пандириев Ю.М. и соавт., 1990; Затевахин И.И. и соавт., 2000; Кондратенко П.Г. и соавт., 2000).

Существует несколько видов декомпрессии желчного пузыря при остром обтурационном калькулезном холецистите:

- декомпрессия желчного пузыря путем наложения холецистостомы через минилапаротомный доступ.
- лапароскопическая транспариетальная декомпрессивная пункция желчного пузыря.
- чрескожная чреспеченочная пункция желчного пузыря и наложение микрохолецистостомы под рентген или УЗИ контролем.

В случаях выраженных анатомо-морфологических изменений в области гепатодуоденальной связки при невозможности выделения ее элементов применялись операции Прибрама, дополненные модификациями Очкина, Торека, но эти методы применялись в случаях, когда холецистэктомия обычными методами представляют значительные трудности (Матяшин И.М. и соавт., 1979).

Однако эти методы тоже не лишены некоторых недостатков: вероятность паренхиматозного кровотечения и желчеистечения в брюшную полость и т.д. (Верхулецкий И.Е. и соавт., 1999; Гуляев А.А. и соавт., 1999).

Начало хирургии желчных путей по праву связывают с именем французского хирурга С. Langenbuch, который более 100 лет тому назад выполнил первую холецистэктомию. С начала XX века эта операция является нормальным и адекватным вмешательством при остром холецистите. Но хирургов всегда не удовлетворял тот факт, что хирургическая травма при доступе во время этой операции более значительна, чем сама холецистэктомия (Бельков А.В. и соавт., 1999; Eldar S. et al, 1997). Поэтому понятен энтузиазм хирургов при внедрении малоинвазивных вмешательств. В 1901 году Kelling, немецкий хирург, внедрил лекции об эндоскопическом исследовании пищевода и желудка, которая затем была названа "coeliscopy" (Kelling 1902). Швед Jacobaeus в 1911 году опубликовал о 109 успешных случаях. В 1951 году немецкие гастроэнтерологи Kalk и Bruhl разработали перидовую наклонную оптическую систему. Через 10 лет они опубликовали о 2000 случаях взятия биопсий из печени без летальных исходов. До них Ruddock, американский энтеролог, в 1937 году предлагал данный метод, но он не нашел тогда никаких последователей, так



как хирурги того времени отдавали предпочтение диагностическим лапаротомиям, чем применять лапароскопию в этих целях. В последующем лапароскопия использовалась хирургами ограниченно в целях диагностики при трудности дифференцировки экстра- и интрапеченочного холестаза в онкологии, и Bergi в 1962 году опубликовал первые результаты, а в 1973 году разработал технику комбинированной лапароскопии.

В Великобритании Cuschieri (1975) рекомендовал лапароскопию при определенных гепатобиллиарных заболеваниях и опубликовал монографию под названием «Практическая лапароскопия». Лапароскопия была вновь открыта в США гинекологами, которые проводили диагностические и лечебные лапароскопические процедуры. Semm (1976), гинеколог, который первым осуществил первую лапароскопическую аппендэктомию. Лапароскопическая холецистэктомия была впервые выполнена в эксперименте на животных Filips, Mall, Roosma в 1985 году. Поскольку экспериментальное исследование выполнялось в то время, когда не было видеолапароскопии, манипуляции участников операции в брюшной полости не могли быть согласованными, и эта операция была признана опасной. Первая лапароскопическая холецистэктомия была опубликована в журнале *Langenbecks Archiv Klin Chir* немецким хирургом Muehe (1986) с комментариями французских хирургов Dubois (Dubois et al 1989) и Perissat (Perissat et al 1990). В 1987 году Bergi и Dubois предсказывали возможность выполнения холецистэктомии лапароскопическим способом (Малиновский Н.Н. и соавт., 1993; Малаханов С.Н., 1994; Кубышкин В.А., 1997; Мясников А.Д. и соавт., 2000; Ngoi SS et al, 1999).

Таким образом, приведенные выше литературные данные о положительных и отрицательных сторонах различных хирургических доступов при остром холецистите показывают, что показания и противопоказания к ним недостаточно разработаны, существует ряд дискуссионных вопросов.

Несмотря на достигнутые очевидные успехи в лечении острого холецистита, которые связаны в первую очередь с внедрением эндовидеохирургии, вопросы лечения острого холецистита остаются далеко не решенными. Полемичными остаются вопросы выбора сроков и метода оперативного вмешательства, по-прежнему не достигнуты существенного снижения послеоперационных осложнений и летальности при этой патологии, что и подтверждает актуальность исследований в данном направлении.

References:

1. Алексеев А.М., Баранов А.И., Серебренников В.В. Опыт приоритетного использования малоинвазивных холецистэктомий в лечении больных острым холециститом.
2. Арипова А., Бойназаров М. Эндоскопические вмешательства в лечении резидуального и рецидивного холедохолитиаза // Хирургия. - 2006. -С-12.
3. Бебуришвили А.Г. и др. Операции из открытого малого доступа сочетанные с другими малоинвазивными технологиями // Хирургия минидоступа. Екатеринбург. - 2005. - С. 111-112.



4. Быстров С.А. Обоснование метода оперативного лечения при осложнениях желчнокаменной болезни // hospital. - 2004. - С. 172-177.
5. Гудков Ф., Брискин Д. Сочетанные операции из минидоступа у больных мультифокальным атеросклерозом и желчнокаменной болезнью // Хирургия. - 2006. - С. 9.
6. Давлатов С.С. Экстракорпоральные методы гемокоррекции в хирургической практике: Метод. рекомендации // Ташкент.-2014.-62 с.
7. Девятков А.В. и др. Синдром Мириззи как причина конверсии при лапароскопической холецистэктомии // Анналы хир гепатол. - 2006. - Т. 11. - С. 3.
8. Добровольский С.Р., Нагай И.В., Иванов М.П. Холецистэктомия из мини-доступа при лечении больных с острым калькулёзным холециститом // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - Т. 10. - №. 2.
9. Ермолов А.С., Гуляев А.А. Острый холецистит: современные методы лечения // Лечащий врач. - 2005. - №. 2. - С. 16-18.
10. Ибраимов Д.С., Ниязбеков К.И. Холецистэктомия из минидоступа в лечении желчнокаменной болезни // Хирургия Кыргызстана. - 2007. - Т. 2.- С. 102-104.
11. Кармацких А.Ю. Экспресс-диагностика и хирургическое лечение гнойно-деструктивных форм острого холецистита с применением традиционных операций и вмешательств из минидоступа : дис. - Екатеринбург : [Урал. гос. мед. акад.], 2005.
12. Колесников С.А., Захаров О.В., Захарченко О.Б. Открытая лапароскопия из минидоступа в экстренной абдоминальной хирургии //Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. - 2007. - №. 4.
13. Колесников С.А., Захаров О.В., Захарченко Б. Техничко тактические инновации в малоинвазивной абдоминальной хирургии // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2007. - №.1- С. 56-60.
14. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С. Желчнокаменная болезнь и его осложнение: Метод. рекомендации // Ташкент.-2014.-90 с.
15. менения минилапаротомного доступа, лазерного излучения и регионарной лимфотропной терапии // Клшчна хірургія. - 2012. - №. 12. - С. 13
16. Нишанов Ф.Н., Таджибаев Ш.А., Номанбеков А.У. К методике оценки отдаленных результатов малоинвазивных методик хирургического лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений // Эндоскопическая хирургия. - 2008. - Т. 5. - С. 17.
17. Савельев В.С. и др. Выбор способа холецистэктомии при остром холецистите // Вестник Российского государственного медицинского университета. М. - 2006. - Т. 4. - С. 51.
18. Столин А.В. Тактика лечения гнойнодеструктивных форм острого калькулёзного холецистита // Вестник ВолгГМУ. - 2008. - №. 4. -С. 28.
19. Таджибаев Ш.А., Номанбеков А.У. К проблеме осложнений лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. - 2008. - Т. 14. - №. 5. - С. 58-60.
20. Таджибаев Ш.А., Номанбеков А.У. Лапароскопическая холецистэктомия-конверсия. Проблема выбора доступа // Эндоскопическая хирургия. - 2008. - Т. 4. - С. 15-17.



21. Теремов А., Зубеев А. Сравнительная оценка ближайших исходов холецистэктомии при минимально инвазивных вмешательствах по поводу хронического калькулезного холецистита // Хирургия. - 2006. - С. 2.
22. Хаджибаев А.М., Анваров Х.Э., Хашимов М.А. Малоинвазивные вмешательства в лечении редких случаев обструкции желчевыводящих протоков fasciola hepatica // Врач. - 2010. - Т. 43.
23. Шамирзаев Б. Н. Эндохирургическое лечение заболеваний желчного пузыря // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - Т. 5. - С. 28-32.
24. Beriashvili Z., Gurgenedze M., Zurashvili M. Advantages of mini-laparotomy approach in treatment of acute destructive cholecystitis // georgian medical. - 2007. - С. 7.
25. Shamirzaev B.N., Achilov S.H. Пути уменьшения осложнений лапароскопической холецистэктомии у больных с острым холециститом // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - Т. 4. - С. 18.
26. Shamirzaev B.N., Achilov S.D. Анализ сравнительных результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии у больных с острым холециститом // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - Т. 3. - С. 54.