

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, З.Я. САЙДУЛЛАЕВ, С.С. ДАВЛАТОВ, С.У. СУЛАЙМОНОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ЗАМОНАВИЙ ХИРУРГИК ДАВОСИ

З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, З.Я. САЙДУЛЛАЕВ, С.С. ДАВЛАТОВ, С.У. СУЛАЙМОНОВ

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

THE PRESENT STATE OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS

Z.B. KURBANİYAZOV, Z.Ya. SAIDULLAEV, S.S. DAVLATOV, S.U. SULAYMONOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

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 соавт., 1999; Чадаев А.П. и соавт., 2001; Кузнецов М.А. и соавт., 2001).

Острый холецистит до ½ случаев сопровождается различными осложнениями: перфорация желчного пузыря, паравезикальный инфильтрат и абсцессы, местный и распространенный перитониты, холангит и механическая желтуха (Ермолов 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 В.С. и соавт., 1995; Тагиева М.М., 1998; Затевахин И.И. и соавт., 2000; Braun B., 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. Обтурация пузырного протока камнем происходит в результате активизации двигательной деятельности желчного пузыря (Афендулов С.А. и соавт., 1999; Арипов У.А. и соавт., 1999; Чадаев А.П. и соавт., 2001; Assaf Y. et al, 1998; Ricci M. et al, 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 al, 1998; Lai P. et al, 1998), вопросы борьбы с бактериальной инфекцией у больных с острым холециститом, особенно с осложненными формами, остаются актуальными (Короткевич А.Г. и соавт., 1999; Лебедьков С.А. и соавт., 1999; Bittner R. et al, 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. и соавт., 1982; Сабиров Б.У., 1983; Кузнецов Н.А. и соавт., 2001), нередко 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; Затевахин 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; Грейсов 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 со-

авт., 1989; Складневский В.В. и соавт., 1989; Пандицев 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 передовую 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.

Литература:

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 миниинвазивными 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 Мириizzi 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 мини-доступа в экстренной абдоминальной хирургии // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. - 2007. - №. 4.
13. Колесников С.А., Захаров О.В., Захарченко О.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. Мамедов Р.А. и др. Оптимизация лечения острого деструктивного холецистита путем при-
менения минилапаротомного доступа, лазерного излучения и регионарной лимфотропной терапии // Клінічна хірургія. - 2012. - №. 12. - С. 13-15.
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 гнойно-деструктивных форм острого калькулезного 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 миниинвазивных 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. - №. 6.4.
23. Шамирзаев Б. Н. Эндохирургическое лечение заболеваний желчного пузыря // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - Т. 5. - С. 28-32.
24. Beriasvili Z., Gurgendize 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.
27. Khadzhibaev A.M., Alidzhanov F.B., Khodzhiyev F.B. Results of cholelithiasis correction in terms of cholecystobiliary fistula // Annals of Surgery. - 2010. - №. 2. - С. 19.