

УДК 616.366-003.7-089.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**А.А. Кусаинов, В.Б. Нуркенова, М.А. Зейнелова, Б.С. Уалиев, М.А. Пайзуллаев****Государственный медицинский университет г.Семей**

Острый холецистит – воспалительный процесс во внепеченочных путях с преимущественным поражением желчного пузыря, при котором происходит нарушение нервной регуляции деятельности печени и желчных путей по выработке, а также изменения самих желчных путей на почве воспаления, застоя желчи и холестеринемии.

В настоящее время острый холецистит стал одним из самых распространенных urgentных хирургических заболеваний в стационарах. Несмотря на заметное улучшение результатов лечения, летальность после экстренных операций по поводу острого холецистита остается в несколько раз выше, чем при плановых оперативных вмешательствах. Это связано как с поздней госпитализацией пациентов, так и с несовершенством хирургической тактики. У этих больных, как правило, страдающих рядом тяжелых сопутствующих заболеваний, показатель летальности от острого холецистита нередко достигает 27%. Современный этап развития абдоминальной хирургии характеризуется широким внедрением в клиническую практику новых высокотехнологичных диагностических методов и малоинвазивных хирургических вмешательств, снижающих риск операции и расширяющих возможности хирургического лечения пациентов.

Для практического применения можно рекомендовать следующую классификацию острого холецистита:

I. Острый первичный холецистит (калькулезный, бескаменный): а) простой; б) флегмонозный; в) гангренозный; г) перфоративный; д) осложненный холецистит (перитонитом, холангитом, непроходимостью желчных путей, абсцессом печени и др.).

II. Острый вторичный холецистит (калькулезный и бескаменный): а) простой; б) флегмонозный; в) гангренозный; г) перфоративный; д) осложненный (перитонитом, холангитом, панкреатитом, непроходимостью желчных путей, абсцессом печени и др.).

До настоящего времени наиболее спорными вопросами в лечении острого холецистита являются сроки выполнения хирургического вмешательства и определение вида операции. Выбор лечебной тактики определялся патоморфологической формой острого холецистита, наличием его осложнений и степенью операционно-анестезиологического риска.

Сроки оперативных вмешательств при остром холецистите (унифицированная терминология, 1987 г.)

I. Экстренная операция - производимая после необходимой кратковременной предоперационной подготовки не более 2-х часов и перитоните.

II. Ранняя срочная - выполняемая в первые 24-72 часа при неэффективности консервативной терапии, при прогрессировании желтухи.

III. Плановая (поздняя) - осуществляемая через 7-10 дней после купирования приступа.

В течение первых 2 часов после поступления показана экстренная операция тем больным с острым холециститом, у которых отмечается ухудшение заболевания, несмотря на энергичное лечение с применением антибиотиков. Ранняя операция показана после затихания воспалительного процесса спустя 2-3 суток от начала приступа, больным, страдающим острым

калькулезным холециститом. Ранняя операция способствует быстрейшему выздоровлению больных и предупреждению возможных осложнений при консервативном лечении. При плотных инфильтратах, когда ткани плохо дифференцируются и с трудом разделяются, выполнение холецистэктомии представляет определенную техническую сложность и сопряжено с высоким риском повреждения желчных протоков и сосудов гепатодуоденальной связи.

Принято считать, что срочные операции в ближайшие 2 - 3 суток с момента поступления больных в хирургическое отделение необходимо выполнять при отсутствии эффекта от консервативной терапии и сохранении симптомов интоксикации и местных перитонеальных явлений. При отсутствии признаков интоксикации и перитонеальной симптоматики обычно рекомендуется продолжать консервативную терапию. Однако следует отметить, что проведение консервативной терапии у больных острым холециститом далеко не всегда способствует полному стиханию воспалительного процесса, в связи с чем, оперативные пособия приходится выполнять уже на фоне ухудшения общего состояния пациентов. При этом операционно-анестезиологический риск и частота послеоперационных осложнений возрастают. Особенно это характерно для пациентов пожилого и старческого возраста, а также лиц с сопутствующей патологией систем кровообращения и дыхания, сахарным диабетом, функциональные резервы и компенсаторные возможности которых значительно снижены.

Задержка с операцией иногда может быть обусловлена, как это ни парадоксально, успехами современной антибактериальной и многоцелевой инфузионной терапии. В условиях современной интенсивной терапии требуется особый подход к анализу состояния больных и использование объективных методов оценки динамики воспалительного процесса в стенке желчного пузыря.

Внедрение в широкую клиническую практику неинвазивных ультразвуковых методов диагностики дало возможность быстро и объективно оценить степень воспалительных изменений в стенке желчного пузыря и определить наличие перивезикальных изменений у большинства пациентов и в определенной степени прогнозировать течение острого холецистита.

Ранние операции позволяют добиться улучшения результатов лечения острого калькулезного холецистита за счет своевременной ликвидации патологического очага и устранения причины развития интоксикации. Признаками, свидетельствующими о прогрессировании воспаления, служили: ухудшение визуализации наружного контура желчного пузыря и элементов гепатодуоденальной связи; увеличение зоны повышенной эхогенности, прилежащей к желчному пузырю; появление в стенке желчного пузыря зон с отсутствием кровотока; наличие признаков окклюзионного холецистита.

Одним из серьезных вопросов является выбор и определение вида операции, который в данное время включает: лапаротомию, холецистэктомию из мини доступа, лапароскопический вид операции.

Широкая лапаротомия у пациентов с исходным высоким операционно-анестезиологическим риском значительно увеличивает операционную агрессию, способствует возникновению таких осложнений, как острая сердечнососудистая недостаточность, пневмония, печеночная недостаточность.

В то же время следует особо отметить, что выполнение холецистэктомии из минилапаротомного доступа или лапароскопической холецистэктомии не должно быть самоцелью. При наличии технических трудностей попытки, во что бы то ни стало, закончить операцию данным способом значительно увеличивает риск возникновения серьезных осложнений. Сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений, летальности, а также экономической эффективности свидетельствует о преимуществе активной хирургической тактики с применением малоинвазивных оперативных вмешательств при остром холецистите.

Преимущества малоинвазивных хирургических вмешательств увеличивают также возможность выполнения холецистэктомии у пациентов с повышенным операционно-анестезиологическим риском.

Активная тактика лечения пациентов с острым холециститом должна базироваться на точных сведениях о характере, распространенности и динамике воспалительного процесса, которые необходимо получить в течение первых суток с момента госпитализации пациента. Современные ультразвуковые методы позволяют получить достаточно надежную объективную информацию и выбрать адекватную лечебную тактику у большинства пациентов с острым холециститом.

При активной хирургической тактике средняя продолжительность предоперационного периода составила 2,6 дня, а общая продолжительность лечения - 12,3 дня. Следует отметить, что при срочных операциях предоперационное время должно отводиться хирургу не столько для наблюдения за течением острого холецистита и оценки эффективности консервативной терапии, сколько для обследования больного, проведения дезинтоксикационной терапии и коррекции нарушенных функций жизненно важных систем организма.

Таким образом, новые технологии и рациональные тактические подходы в диагностике и лечении боль-

ных с острым холециститом улучшают результаты лечения и сокращают период пребывания пациентов в хирургическом стационаре. При остром катаральном и флегмонозном холецистите без признаков перивезикального процесса более эффективны лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из минилапаротомного доступа. При остром деструктивном холецистите, осложненном перивезикальным абсцессом, а также при всех формах острого холецистита, осложненного механической желтухой, которую не удалось разрешить эндоскопически в предоперационном периоде, наиболее рациональным является традиционное хирургическое вмешательство. При выполнении открытого хирургического вмешательства при остром холецистите наиболее рациональным является вертикальный трансректальный доступ.

Литература:

1. Галкин В.А., Линденбрaten Л.А., Логинов А.С. «Распознавание и лечение холецистита», - М., - Медицина, 1983 г.
2. Савельев В.С. «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости», М., - 1986;
3. Хегглин Р. «Дифференциальная диагностика внутренних болезней», - М., - 1991.
4. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. Острый холецистит: диагностика и лечение. // Вестник РГМУ. - 2000. - №3. - С. 21 - 26.
5. Савельев В.С., Филимонов М.И. Лечение больных острым холециститом. / В кн.: Актуальные вопросы практ. медицины. - М. - 1997. - С. 242 - 248.
6. Кузнецов Н.А., Байбакова Е.К., Иваненко Ж.Ф., Назаренко В.А., Кузнецов А.Н. Диагностика и тактика лечения различных форм острого холецистита. // Клинический вестник. - 1997. - №3. - С. 10 - 11.
7. Кузнецов Н.А., Семенова Т.В., Харитонов С.В., Зинякова М.В., Титкова И.М., Бронтвейн А.Т. Роль ультразвуковой доплерографии в диагностике калькулезного холецистита. - В кн.: Современные проблемы практической хирургии. - М. - 2000. - С. 101 - 109.

Жедел холецистит кезіндегі хирургиялық тактика

А.А. Құсайынов, В.Б. Нуркенова, М.А. Зейнелова, Б.С. Уалиев, М.А. Пайзуллаев

Абдоминалды хирургияның қазіргі кездегі даму кезеңі клиникалық тәжірибеге жаңа жоғары технологиялық диагностикалық әдістердің және операция қаупін төмендететін, науқастарды хирургиялық емдеу мүмкіндіктерін кеңейтетін аз инвазивті хирургиялық араласудың енуімен сипатталады. Жедел холециститі бар науқастардың белсенді емі науқастың госпитализациясының бірінші тәулігі аралығында алынуға қажетті қабыну үрдісінің сипаты, таралуы және динамикасы туралы нақты мәліметтерге негізделуі керек.

Surgical tactic in case of acute cholecystitis

A.A. Kusainov, V.B. Nurkenova, M.A. Zejnelova, B.S. Ualiev, M.A. Pajzullaev

The present stage of development of abdominal surgery is characterised wide introduction in clinical practice of new hi-tech diagnostic methods and small invasive surgical interventions reducing risk of operation and dilating possibilities of surgical treatment of patients. Active tactics of treatment of patients with an acute cholecystitis should be based on exact data on character, prevalence and dynamics of inflammatory process which are necessary for receiving within the first days from the moment of hospitalisation of the patient.