

DOI: 10.17238/issn2072-3180.2021.2.18-25

УДК: 617.55

© Луцевич О.Э., 2021

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ: КАМО ГРЯДЕШИ? ОПЫТ 13 000 ОПЕРАЦИЙ ОДНОЙ КЛИНИКИ

О.Э. ЛУЦЕВИЧ¹

¹Кафедра факультетской хирургии №1 ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», 127473, Москва. ЗАО ЦЭЛТ, 111123, Москва.

Актуальность. Хирургическое лечение острого холецистита (ОХ) остается одной из наиболее актуальных проблем неотложной хирургии. ОХ является самым частым осложнением желчнокаменной болезни, достигая 30% и более в структуре этого заболевания. Несмотря на широкое внедрение современных эндовидеохирургических методик, в лечении ОХ остается много нерешенных проблем.

Материал и методы. В работе обобщен опыт лечения более 13 000 больных с ЖКБ, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Острый холецистит был отмечен у 3140 пациентов. Автор придерживается активной хирургической тактики — лапароскопическая операция в первые 2–16 часов от поступления при отсутствии абсолютных противопоказаний к наложению пневмоперитонеума.

Результаты. В работе рассмотрены технические особенности лапароскопических операций при различных формах ОХ, обсуждаются причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения ОХ, такие как поздняя госпитализация и применение малоэффективной консервативной терапии, отдаляющие сроки выздоровления больных. Обсуждены негативные последствия многоэтапных методов лечения ОХ, определен алгоритм раннего радикального хирургического вмешательства. Характер воспалительных изменений стенки ЖП и тканей перипузырного пространства, а также наличие спаечного процесса в брюшной полости не влияли на принятие решения о сроках проведения операции и выборе метода.

Ключевые слова. Острый холецистит, хирургическая тактика, ранняя лапароскопическая холецистэктомия, причины неудачи лечения.

ACUTE CHOLECYSTITIS: QUO VADIS? EXPERIENCE OF 13,000 OPERATIONS IN ONE CLINIC.

O. E. LUTSEVICH¹

¹Department of faculty surgery № 1 Moscow state medical and dental University named after A.I. Evdokimov, 127473, Moscow. CELT, 111123, Moscow.

Relevance. Surgical treatment of acute cholecystitis (AC) remains one of the most urgent problems of emergency surgery. AC is the most frequent complication of gallstone disease, reaching 30% or more in the structure of this disease. Despite the widespread introduction of modern endoscopic surgical techniques, there are still many unresolved problems in the treatment of AC.

Material and methods. This paper summarizes the experience of treating more than 13,000 patients with GBD who underwent laparoscopic cholecystectomy. Acute cholecystitis occurred in 3140 patients. The author adheres to active surgical tactics — laparoscopic surgery in the first 2–16 hours from admission in the absence of absolute contraindications to the pneumoperitoneum.

Results. The paper discusses the technical features of laparoscopic operations in various forms of AC, discusses the reasons for unsatisfactory results of surgical treatment of AC, such as late hospitalization and the use of ineffective conservative therapy, delaying the recovery of patients. The negative consequences of multi-stage AC treatment methods are discussed, and an algorithm for early radical surgical intervention is defined. The nature of inflammatory changes in the GB wall and nearby space tissues, as well as the presence of adhesions in the abdominal cavity, did not affect the decision on the timing of the operation and the choice of method.

Key words. Acute cholecystitis, surgical tactics, early laparoscopic cholecystectomy, causes of treatment failure.

Хирургическое лечение острого холецистита (ОХ) остается одной из наиболее актуальных проблем неотложной хирургии. Начиная с середины XX века число больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) увеличивается вдвое каждые 10 лет, поражая в большинстве развитых стран до 10–12% взрослого населения. Ученые видят причины этого в глобальных изменениях мировой экологии, особенностях питания населения, качестве пищевых продуктов и даже широком распространении различных диет, ограничивающих или исключающих потребление

жиров животного происхождения. В России от ЖКБ страдают около 15 млн человек (ежегодно она диагностируется у 1 млн населения), в США — свыше 30 млн. Среди пациентов старше 45 лет желчнокаменная болезнь встречается едва ли не у каждого 3–4, и женщины при этом страдают в 4 раза чаще мужчин (80% и 20% соответственно). Как следствие, растет и число операций по поводу ЖКБ и ее осложнений: в США в 70-е годы ежегодно выполнялось около 250 тыс. вмешательств в год, в 80-е — более 400 тыс., а в 90-е — до 500 тыс. Сегодня

эти показатели находятся на отметке около 1,5 млн в год и превышают число всех других абдоминальных вмешательств, включая аппендэктомию [12, 17].

Самым частым осложнением ЖКБ является острый холецистит, составляющий более 30% в структуре этого заболевания [2, 3]. Еще совсем недавно летальность при хирургическом лечении ОХ достигала 4–6%, а в старших возрастных группах — 10–26% [3, 4]. Осложнения, в основном гнойно-воспалительного характера, в послеоперационном периоде развиваются у 6–9% пациентов [10].

Начиная с 1882 г., когда С. Langenbuch выполнил первую холецистэктомию, парадигма лечебной тактики при ОХ менялась неоднократно и порой радикально: от исключительно консервативной терапии до активно-выжидательной тактики [7, 15, 16], включая различные виды паллиативных вмешательств, направленных на решение сиюминутных задач по спасению жизни пациента (пункционные методы лечения, холецистостомия и т.д.). Но практически во всех случаях острого воспаления ЖП хирургическое лечение носило вынужденный ситуационный характер, отодвигая радикальное лечение на неопределенный срок. В лучшем случае удавалось достичь полного купирования воспалительного процесса и пациента ожидала плановая операция через 1–3 месяца, в худшем, на фоне развивающейся перитонеальной симптоматики, требовалась экстренная операция со всеми вытекающими последствиями [9]. Заметим, что большинство предполагаемых плановых вмешательств в назначенное время так и не осуществились. До следующего приступа...

Наиболее частой причиной отказа от радикального лечения в пользу консервативной терапии «до упора» или паллиативных вмешательств при ОХ долгое время являлась высокая травматичность открытого хирургического доступа. Последствия традиционно применяемой при удалении пораженного ЖП широкой лапаротомии хорошо известны: выраженный болевой синдром, поздняя активизация больных, гнойно-воспалительные осложнения со стороны операционной раны, легочной и сердечно-сосудистой систем и, как следствие, достаточно высокая летальность [1, 10].

Другой причиной выжидательной тактики в лечении ОХ является возраст пациентов и наличие сопутствующей интеркуррентной патологии [6, 14, 18]. Подавляющее большинство пациентов с ОХ (более 60%) находятся в возрасте старше 50 лет, при этом на старшую возрастную группу (> 75 лет) приходится около 10% всех больных. Кстати, среди них часто встречаются и деструктивные формы «бескаменного» холецистита, причиной которого может явиться активация неклостридиальной анаэробной инфекции в двенадцатиперстной кишке и желчных протоках, воздействие ферментативного фактора или нарушение кровоснабжения стенки ЖП при тромбозе пузырной артерии или ее ветвей. Практически все исследователи отмечают частое сочетание бескаменного ОХ с сердечно-сосудистой, легочной и эндокринной патологией. Особенностью

течения такого холецистита является развитие необратимых некротических процессов в стенке ЖП в течение суток, что в сочетании с сопутствующими заболеваниями обуславливает высокую летальность.

Все изменилось в 1990-х годах. Внедрение эффективных диагностических методик (УЗИ, КТ, МРТ) и лапароскопической хирургии позволило радикально изменить не только стратегию, но и результаты лечения этого самого распространенного хирургического заболевания. По данным главного хирурга МЗ РФ академика А.Ш. Ревитшвили [5], в России в 2018 г. доля лапароскопических вмешательств при ОХ составила 52,61% (с общей летальностью 0,22%), варьируя в различных регионах от 10,56% до 96,4%. Естественно, такие показатели появились не сразу, и внедрение эндовидеохирургических методик (особенно в 90-х годах) прошло достаточно тернистый путь, с диаметрально противоположным восприятием новшества — от полного восторга до полного неприятия. И сегодня даже студент медвуза знает, что лапароскопическая холецистэктомия — «золотой» стандарт лечения ЖКБ!..

Но! Как выяснилось, это не совсем так. Современные рекомендации некоторых хирургов и гастроэнтерологов, излагаемые на наиболее доступной для пациентов (да и, что греха таить, молодых специалистов) информационной площадке — Интернете, поражают своей косностью, а порой и безграмотностью. Вот один из таких примеров: *«...Терапия напрямую зависит от формы заболевания. Лечение острого калькулезного холецистита проводится в условиях стационара. Самолечение в домашних условиях запрещено. Как правило, назначается спазмолитическая, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, холинолитические, противорвотные средства. После стабилизации состояния проводится хирургическое лечение в плановом порядке. Если все предпринятое лечение не приносит пользы, то принимают решение о проведении хирургической операции. Во время оперативного лечения могут удалить как сам орган с конкрементами, так и только камни. Выбор вида операции зависит от состояния органа, размера и количества желчных камней...». Или: «... Что касается хронического калькулезного холецистита, то основа лечения — строгое соблюдение диеты в приступные и межприступные периоды, исключение из питания пищи богатой углеводами и жирами, сокращение до минимума соли и специй, полный отказ от алкоголя. После стихания обострения назначается литолитическая терапия — применение медикаментов, растворяющих камни в желчном пузыре — урсосана, хенофалька, литофалька. Эти лекарства позволяют проводить лечение калькулезного холецистита без операции в домашних условиях...*». Комментарии излишни...*

* подчеркивание автором

Таким образом, в современной хирургии ОХ остается множество нерешенных вопросов: когда и каких больных с ОХ следует оперировать? Какой метод хирургической агрессии следует применять в той или иной ситуации? Каково место

лапароскопических вмешательств в арсенале хирургических методов лечения осложнений ЖКБ?

Материалы и методы.

С 1991 года мы располагаем опытом лечения более 13000 больных в возрасте от 12 до 93 лет с ЖКБ, которым в Центре эндохирургии и литотрипсии была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Острый холецистит в различной стадии развития воспалительного процесса, в том числе и с деструкцией стенки желчного пузыря, был у 3140 пациентов, при этом более 52% составили больные пожилого и старческого возраста. С самого начала своей работы у больных ОХ мы придерживаемся активной хирургической тактики — лапароскопическая операция в первые 2–16 часов от поступления при отсутствии абсолютных противопоказаний к наложению пневмоперитонеума. Благодаря эффективному и кратковременному предоперационному обследованию (УЗИ, КТ, ЭГДС, лабораторная диагностика и т.д.), применению современных щадящих хирургических методик (пневмоперитонеум 7–9 мм рт. ст., лапаролифтинг), сокращению времени операции за счет практического опыта и слаженной работы хирургов и бригады анестезиологов-реаниматологов, случаев отказа от вмешательства в наших наблюдениях не было. Характер воспалительных изменений стенки ЖП и тканей перипузырного пространства, а также наличие спаечного процесса в брюшной полости после перенесенных ранее вмешательств, не влияли на принятие решения о сроках проведения операции и выборе метода. Исключение составили 4 больных с ОХ, принимающие мощную антитромботическую терапию (плавикс, варфарин и их аналоги) по поводу различных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Этим пациентам было успешно выполнено отсроченное на 2–4 дня (до получения приемлемых показателей МНО) лапароскопическое вмешательство.

В случае поступления больного в стационар в ночное время и отсутствии возможности оказания высококвалифицированной хирургической помощи срочное вмешательство (ЛХЭ) переносили на утренние часы следующего дня.

Результаты

Все операции проводились под общим обезболиванием с применением миорелаксантов (интубация трахеи или ларингеальная маска). Время операции составило от 15 до 95 мин. (медиана 42 мин.), во всех случаях вмешательство завершали дренированием подпеченочного пространства сроком на 1–3 суток. Два перехода (конверсии) к открытой холецистэктомии при ОХ отмечены только на этапе освоения методики (первые 100 операций), и были обусловлены отсутствием практического опыта таких вмешательств. В дальнейшем все вмешательства, включая случаи перитонита, абсцессов (перивезикальных, печеночных в области ложа ЖП) и неясной анатомии начинались

и заканчивались лапароскопически. Все пациенты активизированы уже через 3–5 часов после операции, энтеральное питание начинали с первых суток. Сроки госпитализации составили от 2 до 5 суток (медиана 2,4 дня). Летальных исходов, тяжелых интра- и ранних послеоперационных осложнений, связанных с особенностями хирургического вмешательства, в группе больных с ОХ не было. У 4 больных старческого возраста на 1–2 сутки после операции на фоне эндогенной интоксикации развились транзиторные когнитивные нарушения (психозы), купированные консервативно. В более поздние сроки (на 7 и 11 сутки после операции и выписки) у 2 больных отмечено формирование абсцесса ложа желчного пузыря. Одному пациенту была выполнена релапароскопия, вскрытие, санация и дренирование полости абсцесса, другому — дренирование полости абсцесса при пункции под контролем УЗИ. Причиной образования абсцессов мы считаем неадекватное дренирование зоны операции (скопление жидкости в ложе ЖП) и недостаточная антибактериальная терапия.

Важный вопрос успешного лечения — учет технических особенностей лапароскопических вмешательств при ОХ, которые в основном зависят от:

- 1) длительности анамнеза самого страдания и предыдущих эпизодов обострения хронического холецистита с развитием рубцово-индуриативных процессов и потерей нормальных анатомических ориентиров в области треугольника Кало;
- 2) сроков госпитализации от начала приступа;
- 3) оснащенности операционной и опыта хирурга.

Как показал наш многолетний опыт, в подавляющем большинстве случаев (при отсутствии предшествующего длительного анамнеза обострений заболевания) в 1–3 сутки от начала приступа ОХ вмешательство мало чем отличается от плановой ЛХЭ: анатомия желчного пузыря практически не изменена (или мало отличается от исходного состояния), возможный формирующийся рыхлый перивезикальный инфильтрат легко разделяется, а т.н. «стекловидный» отек тканей стенки пузыря и жировой клетчатки гепато-дуоденальной связки создает дополнительные удобства для прецизионной диссекции тканей, дифференцировке трубчатых структур и успешной холецистэктомии. Это относится и к группе пожилых пациентов с быстро формирующимся в результате сосудистых расстройств кровообращения (в течение 1–2 суток) некрозом стенки ЖП — т.н. «бескаменному» холециститу. В подавляющем же большинстве случаев причиной острого воспаления ЖП был камень, обтурирующий пузырный проток и вызывающий нарушение оттока желчи. Для облегчения манипуляций с ЖП необходима его пункция (мы используем длинную иглу Дюфо).

На 4–6 сутки от начала заболевания воспалительная инфильтрация стенок ЖП прогрессирует, отечные ткани уплотняются, и манипуляции сопровождаются повышенной кровоточивостью. Формирующийся перивезикальный инфильтрат становится более плотным. На этом этапе могут возникнуть некоторые технические сложности выполнения ЛХЭ, но анатомические

ориентиры, как правило, еще сохранены, и «мягкая тупая» прецизионная препаровка позволяет успешно завершить операцию. Для достижения гемостаза мы применяем щадящую моно- и биполярную коагуляцию. Использование других хирургических энергий (ультразвуковой скальпель, лига-шу и т.п.) нецелесообразно. Не является препятствием и наличие формирующихся перивезикальных абсцессов, возникающих чаще всего на фоне прогрессирующего некроза или перфорации стенки ЖП. Гной удаляется аспирационным устройством, и дальнейшее выделение органа обычно происходит по стандартной методике.

Начиная с 7–8 суток от начала приступа индуративные изменения тканей стенки пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки нарастают, что может привести к потере естественных анатомических ориентиров треугольника Кало. Часто это наблюдается у больных с длительным анамнезом страдания и при консервативном лечении ОХ. В таких случаях неясной анатомии можно использовать приемы т.н. «безопасной» холецистэктомии — удаление «от дна», удаление «по частям», удаление с оставлением части Гартмановского кармана или шейки ЖП [11]. Для верификации трубчатых структур (холедох, сосуды печеночной связки, пузырный проток) целесообразно использование эндо-УЗИ или интраоперационной холангиографии. Главный принцип — никогда не пересекать не идентифицированные структуры и трубчатые образования!

Что касается технических особенностей лапароскопических вмешательств при лечении ОХ, осложненного перитонитом, они не отличаются принципиально от таковых при открытых операциях. Для эвакуации воспалительного экссудата и фибриновых наложений, разделения рыхлых спаек, санации затеков и межкишечных скоплений жидкости используется 5-мм аспирационное устройство. Возможно введение 1–2 дополнительных 5-мм троакаров в удобных точках для санации различных отделов брюшной полости (левое поддиафрагмальное пространство, малый таз и т.п.). Промывание брюшной полости при наличии мутного гнойного или желчного выпота мы считаем обязательным, используя от 1 до 5 литров 0,01–0,02% раствор хлоргексидина и физиологический раствор. Как правило, при распространенном перитоните целесообразно дренировать еще и пространство малого таза, сроком от 1 до 3 дней. Само удаление ЖП, как правило, не вызывает серьезных затруднений, т.к. отсутствует плотный перивезикальный инфильтрат, характерный для формирующихся отграниченных абсцессов (см. выше).

Обсуждение

На основании своего многолетнего и достаточно большого опыта тотального применения эндовидеохирургических методик в лечении самых разных больных с ЖКБ в общем, и острым холециститом, в частности, мы можем сформулировать свою концепцию по большинству спорных вопросов лечения этого широко распространенного заболевания.

1. Каковы причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения ОХ? Первая и очень важная причина — поздняя госпитализация. Большинство исследований свидетельствуют, что в первые 1–2 суток от начала приступа госпитализируется от 43% до 65% пациентов с ОХ [16]. А что с остальными? Опрос поступивших в стационар выявил достаточно большой процент больных (до 30%), которые проводили лечение на дому, как по собственной инициативе, так и при непосредственном участии врачей поликлиники или СМП. Прием обезболивающих и спазмолитических препаратов (таблетки, инъекции) приносил временное облегчение страдания, отодвигая сроки госпитализации. Подобная ситуация особенно характерна для группы больных пожилого и старческого возраста, либо уже имевших в анамнезе подобные эпизоды успешного лечения обострения заболевания в домашних условиях, либо испытывающих страх от перспективы смены привычной домашней обстановки на койку в стационаре и операцию. И лишь прогрессирование болезни, появление угрожающих симптомов и ухудшение общего состояния принуждало пациента к госпитализации. В этой связи первостепенное значение приобретает санитарно-просветительная работа врачей первичного звена (поликлиники, УЗ-диагностики, семейные врачи и т.д.) в правильном информировании больного ЖКБ о симптомах и возможных последствиях заболевания, мерах профилактики и лечения. Расхожее мнение многих врачей-терапевтов и гастроэнтерологов: «если камни не беспокоят, ничего делать не надо» или «можно попробовать их растворить», должно уйти в прошлое, поскольку является вредным и достаточно опасным заблуждением. В своей хирургической практике мы не увидели ни одного растворенного камня (!), при этом практически все пациенты, отказавшиеся когда-то по каким-то причинам от плановой операции, рано или поздно возвращались с тяжелыми осложнениями. «Безопасных камней не бывает» – так определил суть заболевания один из братьев Мэйо, Уильям Джеймс. Мы считаем, что в условиях современного развития мини-инвазивной хирургии удаление желчного пузыря как источника камнеобразования в «холодном» периоде (до развития осложнений) является достаточно простой и безопасной процедурой с практически нулевой летальностью и минимальным числом осложнений. Не в пример острому холециститу и механической желтухе... В этой связи вопрос о «санации» населения, страдающего ЖКБ (в том числе и с **бессимптомным камненосительством!**), путем правильно организованной санитарно-просветительской работы и увеличения числа плановых вмешательств, представляется весьма актуальным.

2. Когда оперировать больных с ОХ? Здесь напрашивается аналогия с острым аппендицитом, стандарты лечения которого хорошо известны и не вызывают дискуссии. Чем они должны отличаться от принципов лечения ОХ? Или причина отсрочки операции в различной агрессивности микрофлоры толстой кишки и желчного пузыря? Но это лишь вопрос времени...

Поэтому наш ответ простой: больных с ОХ надо оперировать как можно раньше от начала приступа, в первые часы от поступления больного в стационар, не тратя драгоценное время на длительное обследование и тем более — на малоэффективное (а порой и вредное) консервативное лечение. Исследования свидетельствуют, что поступление в стационар больного с ОХ в терминальной стадии перитонита, с полиорганной недостаточностью или в бессознательном состоянии — явление крайне редкое. Абсолютное большинство больных поступает «на своих ногах», с определенным, если так можно сказать, «запасом жизненных сил». И чем дальше откладывается (по разным причинам — динамическое наблюдение, консервативная терапия, отсутствие опытного хирурга и т.п.) радикальная санация гнойного очага в брюшной полости, каковым является воспаленный ЖП, тем быстрее истощается этот «запас», сложнее и затратней будет дальнейшее лечение, и тем хуже будут его результаты [13]. Мы считаем, что минимальный объем лабораторных (общий анализ крови, мочи, билирубин, коагулограмма, мочевины и креатинин — по *cito*, остальные — в плановом порядке) и диагностических мероприятий (УЗИ, ЭКГ и рентгенография легких) при правильной организации работы хирургического стационара можно провести за 2–3 часа, тем самым сохранив силы пациента и не откладывая момент излечения. В случае поступления больного в стационар в ночное время и отсутствии возможности оказания высококвалифицированной хирургической помощи в лапароскопическом варианте целесообразно перенести срочное вмешательство на утренние часы следующего дня. Исключение могут составить отдельные пациенты с тяжелыми декомпенсированными интеркуррентными заболеваниями и отсутствием перитонеальной симптоматики со стороны живота, которых в течение 24, максимум 48 часов, можно подготовить к операции.

3. Холецистостома или лапароскопическая холецистэктомия? Пункция или дренирование ЖП при ОХ под контролем УЗИ широко используется сегодня чаще как первый этап радикального лечения (холецистэктомия в отсроченном периоде), реже — как окончательный (пожизненный) паллиативный метод. Второй вариант в основном применяется у больных пожилого и старческого возраста, страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями других органов и систем. Большинство хирургов отмечают, что двухэтапный метод лечения позволяет значительно уменьшить послеоперационную летальность у группы больных повышенного риска [7, 15]. В то же время отмечается и ряд недостатков методики, главными из которых следует считать длительное пребывание в стационаре, низкое качество жизни у больного в случае образования функционирующего желчного свища, широкое и часто необоснованное применение двухэтапных методик лечения острого холецистита у лиц старше 60 лет. Возможно развитие и других, пусть и немногочисленных, но тяжелых осложнений, связанных с пункцией желчного пузыря или

существующей холецистостомой (кровотечение, желчный перитонит, повреждение других органов и т.д.).

Среди наблюдаемых нами больных было 116 пациентов в возрасте от 53 до 90 лет с деструктивными формами холецистита, которым в различных клиниках с 1998 по март 2020 года при первом обращении была наложена чрескожная чреспеченочная пункционная холецистостома (ХС) под контролем УЗИ. Большинство пациентов обратились за помощью в последние 8 лет. Из анамнеза этих больных: ХС была сформирована в сроки от 1 до 9 суток от момента поступления (в среднем на 4–5 сутки), после достаточно продолжительного обследования и лечения; большинство пациентов при этом поступили в сроки от 1 до 3 суток от начала приступа. Причиной внепланового обращения больных к нам за помощью была неудовлетворенность результатами и предполагаемыми сроками лечения: наличие дренажной трубки в течение 1,5–2 месяцев, периодические осмотры и обследование в стационаре, специальный уход за ХС. Пять больных с ХС обратились за помощью в связи с прогрессирующим ухудшением самочувствия: у них имели место очаговые некрозы стенки ЖП с продолжающимся перипузырным воспалением и формированием перивезикальных и подпеченочных абсцессов. Вызывает тревогу тот факт, что этим больным, несмотря на явное неблагоприятное течение болезни и появление новых проблем со стороны других органов (почки, печень, сердечно-сосудистая система и т.д.), в дальнейшем радикальном лечении по месту первичного обращения было отказано. Причины озвучивались разные: возраст старше 80 лет, отсутствие положительной динамики воспалительного процесса (при наличии дренажа в ЖП), отсутствие возможности оказания квалифицированной помощи и др.

Удивительно и другое... Изучая анамнез этих больных, мы отметили, что *ни одному* пациенту не была предложена экстренная (в день поступления) операция. То есть, независимо от возраста, сроков заболевания и характера воспалительных изменений стенки ЖП, лечебный алгоритм хирургических стационаров *изначально* предполагал (с незначительными вариациями) консервативное лечение и, в случае его неэффективности, пункционное пособие! Ну чем не активно-выжидательная тактика 60–80-х годов XX века!

Все обратившиеся больные с ХС были подвергнуты операции (ЛХЭ) в сроки от 1,5 часов до 2 суток с момента обращения. Сроки стояния ХС составили от 3 до 68 дней, в среднем 10–20 суток. Операционное время составило в среднем 35–40 мин. (от 20 до 95 мин.), сроки госпитализации не превышали 4 суток (медиана 2,4 суток). Серьезных послеоперационных осложнений и летальных исходов не отмечено. Лишь у 1 больного через 2,5 месяца после ХС и месяц после ЛХЭ отмечено образование биломы, потребовавшее дренирования гнойного очага под УЗ-контролем.

Все вышеизложенное позволяет сделать некоторые выводы:

1) ХС предполагает достаточно длительный и сложный период этапного лечения, что часто оказывается неприемлемым для большинства трудоспособных пациентов.

2) Наличие очагов некроза стенки ЖП (при гангренозном холецистите в перивезикальном инфильтрате) не поддается консервативному лечению, поддерживая воспаление в этой зоне и хроническую гнойную интоксикацию пациента даже на фоне функционирующей холецистостомы. Иными словами, ХС в подобной ситуации не решает поставленных задач, и такие больные нуждаются в экстренной хирургической помощи.

3) Мы считаем, что в большинстве случаев применение холецистостомы при деструктивном холецистите нецелесообразно. Использование методики возможно в качестве паллиативной помощи у пациентов старшей возрастной группы с крайне высоким операционным риском.

4. **«Трудный холецистит».** Понятно, что чем сложнее и дольше протекает хирургическое вмешательство, тем хуже могут оказаться результаты лечения. И связано это с повышенным риском ятрогенных повреждений, развития гнойно-септических осложнений и даже декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний. В этой связи определенные вопросы возникают к опубликованному 5 ноября 2020 г. в журнале World J. Emerg. Surg. Новому гайдлайну по диагностике и лечению ОХ [19] как продолжению Токийских рекомендаций TG-2013 г. и TG-2018 г. Авторы предложили классифицировать ОХ по тяжести исходного состояния пациента, выделяя 3 степени — легкую, средней тяжести и тяжелую, и не учитывая при этом морфологические формы воспаления (катаральный, флегмонозный, гангренозный и т.д.). И в зависимости от тяжести состояния больного решается вопрос о сроках и виде хирургической помощи: легкая — ЛХЭ, средняя — предоперационная подготовка и ХЭ (открытая или лапароскопическая), тяжелая — коррекция имеющихся нарушений различных систем организма и пункционные методы лечения. При этом даже в случае неосложненного ОХ допускается задержка операции (ЛХЭ) до 72 часов, и даже до 7 суток от поступления или 10 суток от начала заболевания! Зачем?! Последствия этих задержек нам хорошо известны. Кроме того, в этой ситуации мы можем получить пациента с легкой степенью ОХ (по общему состоянию) и тяжелейшими с точки зрения возможности выполнения радикальной лапароскопической операции местными морфологическими изменениями тканей зоны желчного пузыря. Отсюда достаточно большой процент открытых операций (согласно приведенным в исследовании данным, более 48%), гнойно-септических осложнений и летальности. Иными словами, мы сами переводим «легкого» пациента в категорию «тяжелых». И наоборот, ранняя мини-инвазивная операция даже у пожилого «тяжелого» пациента с гангреной ЖП и массой сопутствующих заболеваний (естественно, при отсутствии абсолютных противопоказаний) позволяет быстро и эффективно избавиться от страдания.

5. **Сочетание острого холецистита и механической желтухи: что делать?** Достаточно сложный вопрос хирургии ОХ — сочетание острого деструктивного воспаления желчного пузыря с холедохолитиазом и механической желтухой. В наших наблюдениях такое сочетание встречалось не часто, и отмечено

у 13 больных (11 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 47 до 82 лет. Алгоритм лечения соответствовал нашим представлениям о необходимости срочной хирургической помощи таким больным, и заключался в проведении эндоскопического удаления камней холедоха (ЭРПХГ, ЭПСТ) в кратчайшие сроки (по возможности в день поступления), и лапароскопической холецистэктомии на следующий день. В одном наблюдении полный комплекс хирургических лечебных мероприятий (эндоскопическая санация общего желчного протока и лапароскопическая холецистэктомия) был проведен в течение 6 часов.

Следует отметить, что в данное исследование мы *не включили* около 500 пациентов (~3,8% от общего числа оперированных больных) с клиническими проявлениями холедохолитиаза (механическая желтуха, холангит и т.д.) на фоне *хронического* калькулезного холецистита, без острого деструктивного воспаления стенки ЖП. Лечение этой группы больных включало стандартные мероприятия: санация желчных протоков при ЭРПХГ и ЭПСТ, и плановое хирургическое вмешательство после уменьшения или ликвидации механической желтухи в максимально короткие сроки.

6. **И последнее.** Очень важный вопрос — квалификация хирурга и оснащенность операционной. Острый холецистит — не та патология, на которой можно обучать начинающего хирурга. Воспалительные изменения тканей ЖП и перивезикального пространства с потерей анатомических ориентиров, общее тяжелое состояние пациента, требующее минимальной хирургической травмы и времени наркоза, предъявляют очень высокие требования к квалификации хирурга. Только многократно повторенный опыт (не менее 500–700 операций!) позволит сократить риск вмешательства до приемлемого уровня. Что касается оснащенности операционной, то это видеокамера с хорошим разрешением (HD, 4K), набор современных эндоскопических инструментов и (обязательно!) рентгеновская установка (С-дуга) для проведения интраоперационной холангиографии. Неплохо еще иметь и аппарат лапароскопического Эндо-УЗИ.

Таким образом, радикальное хирургическое вмешательство в лапароскопическом варианте у подавляющего большинства пациентов с деструктивным холециститом, в максимально короткие сроки от начала приступа или поступления в стационар, следует рассматривать как «операцию выбора», сопровождающуюся минимальным числом осложнений. Так что же мешает более широкому распространению этой хорошо зарекомендовавшей себя методики? Ответ прост, и заключается в двух словах: «боюсь» и «не умею»...

Список литературы

1. Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Зюбина Е.Н., Быков А.В. Мини-инвазивные вмешательства при остром холецистите: состояние проблемы по данным доказательной медицины. *Анналы хирургической гепатологии*, 2011. Т. 16. № 2. С. 83–88.

2. Брискин Б.С., Ломидзе О. В. Современные подходы к хирургическому лечению острого холецистита. XI Международная конференция хирургов-гепатологов России и стран СНГ. *Ann. Хир. Гепат.*, 2004. № 9: 2. С. 113.

3. Королев Б.А., Пиковский Д. Л. *Экстренная хирургия желчных путей*. М.: Медицина, 1990. 240 с.

4. Луцевич О.Э., Амирханов А.А., Урбанович А.С. К вопросу о тактике хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с деструктивным холециститом. Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. *Эндоскопическая хирургия*, 2014. № 1. Приложение. С. 236–237.

5. Ревишвили А.Ш., Федоров А.В., Сажин В.П., Оловянный В.Е. Состояние экстренной хирургической помощи в Российской Федерации. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2019. № 3. С. 88–97. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201903188>

6. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, 2013. № 12. С. 18–23.

7. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Возможности улучшения результатов лечения острого холецистита. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, 2015. № 2. С. 50–55.

8. Черепанин А.И., Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Поветкин А.П. *Острый холецистит*. М.: Геотар-медиа, 2016, 221 с.

9. Barak O., Elazary R., Appelbaum L., Rivkind A., Almogy G. Conservative treatment for acute cholecystitis: clinical and radiographic predictors of failure. *Isr Med. Assoc. J.*, 2009, No. 11(12), pp. 739–743.

10. Catena F, Ansaloni L, Bianchi E, Di Saverio S, Coccolini F, Vallicelli C., et al. The ACTIVE (Acute Cholecystitis Trial Invasive Versus Endoscopic) study. Multicenter randomized, doubleblind, controlled trial of laparoscopic (LC) versus open (OC) surgery for acute cholecystitis (AC). *Hepatogastroenterology*, 2013, No. 60(127), pp. 1552–1556.

11. Elshaer M., Gravante G., Thomas K., Sorge R., Al-Hamali S., Ebdewi H. Subtotal Cholecystectomy for «Difficult Gallbladders» Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Surg.*, 2015, No. 150(2), pp. 159–168.

12. Everhart J.E., Khare M., Hill M., Maurer K.R. Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States. *Gastroenterology*, 1999, No. 117(3), p. 632.

13. Gurusamy K.S., Davidson C., Gluud C., Davidson B.R. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, No. 6, Art. №: CD005440.

14. Karamanos E., Sivrikoz E., Beale E., Chan L., Inaba K., Demetriades D. Effect of diabetes on outcomes in patients undergoing emergent cholecystectomy for acute cholecystitis. *World J. Surg.*, 2013, No. 37, pp. 2257–2264.

15. Melloul E., Denys A., Demartines N., Calmes J.M., Schäfer M. Percutaneous drainage versus emergency cholecystectomy for the treatment of acute cholecystitis in critically ill patients: does it matter? *World J. Surg.*, 2011, No. 35(4), pp. 826–833.

16. Papi C., Catarci M., D'Ambrosio L., Gili L., Koch M., Grassi G.B. et al. Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 2004, No. 99, pp. 147–155.

17. Shaffer EA. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? *Curr. Gastroenterol. Rep.*, 2005, No. 7, pp. 132–140.

18. Yi N-J, Han H-S, Min S-K. The safety of a laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis in high-risk patients older than sixty with stratification based on ASA score. *Minim Invasive Ther. Allied Technol*, 2006, No. 15, pp. 159–164.

19. Pisano M., Allievi N., Gurusamy K. et al. World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World J. Emerg. Surg.*, 2020, No. 15, pp.61. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00336-x>

References

1. Beburishvili A. G., Panin S. I., Zyubina E. N., Bykov A.V. Minimally invasive vmeshatel'stva pri ostrom holecistite: sostoyanie problemy po dannym dokazatel'noj mediciny [Minimally invasive interventions in acute cholecystitis: the state of the problem according to evidence-based medicine]. *Annals of Surgical Hepatology*, 2011, Vol. 16, No. 2, pp. 83–88. (In Russ.)

2. Briskin B. S., Lomidze O. V. Sovremennye podhody k hirurgicheskomu lecheniyu ostrogo holecistita. XI Mezhdunarodnaya konferenciya hirurov-gepatologov Rossii i stran SNG [Modern approaches to surgical treatment of acute cholecystitis. XI International Conference of Surgeons-Hepatologists of Russia and the CIS countries]. *Ann. Hir. Hepat.*, 2004, No. 9: 2, p. 113. (In Russ.)

3. Korolev B. A., Pikovskiy D. L. *Ekstrennaya hirurgiya zhelchnykh putej [Emergency surgery of the biliary tract]*. M.: Meditsina, 1990, 240 p. (In Russ.)

4. Lutsevich O. E., Amirkhanov A. A., Urbanovich A. S. K voprosu o taktike hirurgicheskogo lecheniya bol'nykh pozhilogo i starchykh vozrasta s destruktivnym holecistitom. Tezisy dokladov XVII s'ezda Rossijskogo Obshchestva Endoskopicheskikh Hirurov [On the tactics of surgical treatment of elderly and senile patients with destructive cholecystitis. Abstracts of the reports of the XVII Congress of the Russian Society of Endoscopic Surgeons]. *Endoscopic Surgery*, 2014, No. 1, Appendix, pp. 236–237. (In Russ.)

5. Revishvili A.Sh., Fedorov A.V., Sazhin V.P., Olovyanniy V.E. Sostoyanie ekstremnoj hirurgicheskoy pomoshchi v Rossijskoj Federacii [Emergency surgery in Russian Federation] *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*, 2018, No. 11, pp. 39–43. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201903188> (In Russ.)

6. Sovtsov S. A., Prilepina E. V. Holecistit u bol'nykh vysokogo riska [Cholecystitis in high-risk patients]. *Surgery. Journal named after N. I. Pirogov*, 2013, No. 12, pp. 18–23. (In Russ.)

7. Sovtsov S. A., Prilepina E. V. Vozmozhnosti uluchsheniya rezul'tatov lecheniya ostrogo holecistita [Possibilities of improving the results of treatment of acute cholecystitis]. *Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2015, No. 2, pp. 50–55. (In Russ.)

8. Cherepanin A. I., Lutsevich O. E., Gallyamov E. A., Povetkin A. P. *Ostryj holecistit [Acute cholecystitis]*. Moscow: Geotar-media, 2016, 221 p. (In Russ.)

Author

9. Barak O, Elazary R, Appelbaum L, Rivkind A, Almogy G. Conservative treatment for acute cholecystitis: clinical and radiographic predictors of failure. *Isr Med Assoc J*, 2009, 11(12), pp. 739–743.

10. Catena F, Ansaloni L, Bianchi E, Di Saverio S, Coccolini F, Vallicelli C., et al. The ACTIVE (Acute Cholecystitis Trial Invasive Versus Endoscopic) study. Multicenter randomized, doubleblind, controlled trial of laparoscopic (LC) versus open (OC) surgery for acute cholecystitis (AC). *Hepatogastroenterology*, 2013, 60(127), pp. 1552–1556.

11. Elshaer M., Gravante G., Thomas K., Sorge R., Al-Hamali S., Ebdewi H. Subtotal Cholecystectomy for «Difficult Gallbladders» Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Surg.*, 2015, 150(2), pp. 159–168.

12. Everhart J.E., Khare M., Hill M., Maurer K.R. Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States. *Gastroenterology*, 1999, 117(3), p. 632.

13. Gurusamy K.S., Davidson C., Gluud C., Davidson B.R. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, 6, Art. №: CD005440.

14. Karamanos E., Sivrikoz E., Beale E., Chan L., Inaba K., Demetriades D. Effect of diabetes on outcomes in patients undergoing emergent cholecystectomy for acute cholecystitis. *World J Surg.*, 2013, 37, pp. 2257–2264.

15. Melloul E., Denys A., Demartines N., Calmes J.M., Schäfer M. Percutaneous drainage versus emergency cholecystectomy for the treatment of acute cholecystitis in critically ill patients: does it matter? *World J. Surg.*, 2011, 35(4), pp. 826–833.

16. Papi C., Catarci M., D'Ambrosio L., Gili L., Koch M., Grassi G.B. et al. Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis. *Am. J. Gastroenterol.*, 2004, 99, pp. 147–155.

17. Shaffer EA. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? *Curr. Gastroenterol. Rep.*, 2005, 7, pp. 132–140.

18. Yi N-J, Han H-S, Min S-K. The safety of a laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis in high-risk patients older than sixty with stratification based on ASA score. *Minim Invasive Ther. Allied Technol.*, 2006, 15, pp. 159–164.

19. Pisano M., Allievi N., Gurusamy K. et al. World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World J. Emerg. Surg.*, 2020, 15, p. 61. <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00336-x>

Сведения об авторе

Луцевич Олег Эммануилович — доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, Залуженный врач РФ, Лауреат Премии Правительства РФ, заведующий кафедрой факультетской хирургии №1 ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» (Москва), главный хирург ЗАО ЦЭЛТ (Москва). Российская Федерация. <https://orcid.org/0000-0002-8092-0573>, E-mail: oleglutsevich@gmail.com

Контактная информация: Луцевич Олег Эммануилович, 127254, Москва, ул. Руставели, 3-7-26, Российская Федерация. Тел.: +7(985)766-62-36. E-mail: oleglutsevich@gmail.com

Oleg E. Lutsevich — Doct. of Sci. (Med.), Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, head of the Department of faculty surgery No. 1 of the Moscow state medical and dental University named after A. I. Evdokimov, chief surgeon of CELT (Russia, Moscow). *Delegatskaya str., Moscow, 127473, Russian Federation.* <https://orcid.org/0000-0002-8092-0573>, E-mail: oleglutsevich@gmail.com

Contact: Oleg E. Lutsevich, *Evdokimov Moscow State Medical and Dental University; 20/1, Delegatskaya str., Moscow, 127473, Russian Federation.* Phone: +7(985)766-62-36. E-mail: oleglutsevich@gmail.com