

Пушкарев В. П., Никоненко Л.С., Лекомцев Б.А.,
Морякова В.Т., Бекбурова М.Х., Шемякина Т.В.,
Швецов О.В., Созонова Т.Г.

**ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К
ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская
академия г. Ижевск*

За период с 1986 г. в клинике общей хирургии находилось на лечении 4208 больных с холециститом и его осложнениями. До 1990 года наблюдалось незначительное снижение количества больных холециститом, а с начала 90-х годов прошлого века имеет место стремительный рост заболеваемости холециститом. Из сравнения количества больных острым аппендицитом и холециститом следует, что последний, начиная с 1999г., держится на одном уровне или даже превосходит по частоте острый аппендицит.

Выполнено 2790 операций по поводу холецистита и его осложнений. Количество холецистэктомий в 2002г. достигло количества аппендэктомий и держится в настоящее время примерно на одном уровне или незначительно уступает им. Эти обстоятельства являются весьма важными и оказывают влияние на лечение больных холециститом и его осложнений.

За период с 1986г. менялась тактика лечения холецистита и его осложнений. Она отражала тенденции подходов в коррекции желчнокаменной болезни.

Мы выделили несколько периодов в подходах к лечению осложненного холецистита.

Первый период (1986—1991 гг.), когда отсутствовала ультразвуковая диагностика, лапароскопическое диагностическое оборудование было не совершенным, количество больных по годам было стабильным, соотношение плановых и экстренных вмешательств примерно равным и держалось на одном уровне, стремительно снижался процент поздней обращаемости с 60 до 24 %. Наиболее частым хирургическим вмешательством в этот период была холецистэктомия с дренированием общего желчного протока через культю пузырного протока. Общая летальность колебалась от 0,97 до 5,13 %, послеоперационная при экстренных вмешательствах от 0 до 12 %, плановых от 0 до 2,22 % и была самой высокой за весь анализируемый период. Она объяснялась не столько тяжестью операции, сколько тяжестью патологического процесса в печени и желчных протоках, когда вследствие местных изменений тканей при деструктивном холецистите, осложненном перитонитом и желтухой, холедохостомия была в большинстве случаев единственно возможным способом окончания операции.

Второй период (1992 – 1997 гг.) начался с широкого применения УЗИ при диагностике заболеваний желчевыводящих путей, а с 1994г. проведения УЗИ и фиброгастроскопии у больных с холециститом по показаниям круглосуточно и характеризовался более широким применением диагностической лапароскопии, умеренным ростом процента поздней обращаемости, с постепенным, стабильным, пропорциональным ростом количества плановых и экстренных вмешательств в два раза за указанный период. При необходимости постоянного внутреннего дренирования желчевыводящих протоков при множественных камнях общего желчного протока, протяженном стенозе большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), неуверенности в полном удалении конкрементов из протоков холедоходуоденостомии (ХДС) считали операцией выбора во всех наблюдениях. В эти годы начато внедрение эндолимфатической терапии. Общая летальность колебалась от 0 до 3,6 %, послеоперационная летальность при экстренных вмешательствах от 0 до 6,6 %, плановых от 0 до 2 % (снижение с предыдущим периодом).

Третий период (1998 - 2005 гг.) начался с активного внедрения эндоскопических вмешательств при холецистите и его осложнениях, сначала плановых, а затем и экстренных. За это время 527 больным произведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Удельный вес лапароскопических вмешательств растет, и за последние три года приближается к 50 %. Совершенствуется методика УЗИ, чувствительность которой при патологии желчевыводящих путей достигла 95 % благодаря росту квалификации УЗИ - специалистов и большей кратности исследований, позволяющей определить толщину стенок желчного пузыря, выявить формирование инфильтрата, перипузырного абсцесса. Однако, сравнивая результаты УЗИ и интраоперационной холангиографии, мы пришли к убеждению, что вероятность ошибки при использовании первой в ряде случаев высока. В связи с этим считаем, что прямое рентгеноконтрастное исследование остается наиболее достоверным и обязательно

показанным при диаметре общего желчного протока свыше 10мм., или при наличии в анамнезе приступов острого холецистита с желтухой. Ретроградная панкреатохолангиография применялась в единичных случаях по строгим показаниям. Определенную роль в качестве диагностики имело введение обязательных медико-экономических стандартов (МЭС). Период охарактеризовался приходом в клинику молодых, энергичных, грамотных хирургов.

Структура оперативных вмешательств на желчевыводящих путях изменилась: практически не выполнялась холецистостомия. Изучение результатов ХДС: свидетельствовало о развитии после операции в значительном числе наблюдений синдрома “слепого мешка”. В связи с чем показания к этой операции были ограничены и определялись протяженной стриктурой терминального отдела общего желчного протока, а также наличием множественного холедохолитиаза, осложненного механической желтухой и холангитом лишь у лиц пожилого и старческого возраста. При ФГС обязательным является осмотр БСДК. По мере накопления опыта вмешательств на терминальном отделе общего желчного протока их техника изменялась таким образом, что позволила значительно уменьшить степень травматизации двенадцатиперстной кишки и снизить опасность развития послеоперационного панкреатита. Следует подчеркнуть, что все виды вмешательств на протоках заканчивали их наружным дренированием с целью декомпрессии. Широкое использование наружного дренирования, а также обязательное дренирование подпеченочного пространства улавливающими дренажами позволили практически отказаться от тампонов и применять их лишь в единичных случаях ненадежного гемостаза. Включение в лечение профилактической эндолимфатической терапии у больных позволило значительно уменьшить число послеоперационных осложнений.

Считаем показанным дренирование холедоха после лечебной холедохотомии полагая, что зашить проток наглухо можно лишь при полной уверенности в восстановлении его проходимости. Отек БСДК после его рассечения при папиллосфинктеропластике (ПСП) или диагностическое бужирование папиллы ведут в ближайшие сроки после операции к возникновению функциональной желчной гипертензии, способствуя несостоятельности швов протока. В этих случаях также прибегаем к дренированию, чаще через культю пузырного протока по Холстеду—Пиковскому.

Увеличилось число больных с панкреатитом, вызванным желчнокаменной болезнью, проявляющимся механической желтухой и холангитом. Возможность в минимальные сроки уточнить диагноз толкает хирурга порой к необоснованно раннему оперативному вмешательству. В этом случае стихающий воспалительный процесс в гепатопанкреатодуоденальной зоне не позволяет адекватно произвести ревизию и санацию внепеченочных желчных путей, тем более, панкреатического и интрамурального отделов холедоха, что, в свою очередь, препятствует выполнению адекватного объема хирургического пособия.

В данный период наблюдается увеличение количества больных с холециститом и его осложнениями, при некотором замедлении темпов роста. Количество плановых вмешательств незначительно превышает количество экстренных. Несмотря на некоторые отрицательные тенденции (стремительный рост по-

здней обращаемости при остром холецистите), улучшились показатели общей летальности и составили от 0 до 1,8 %, при экстренных вмешательствах от 0 до 4,6 %, плановых от 0 до 0,86 %. Считаем, что это связано с улучшением точности диагностики в предоперационном периоде, широким внедрением эндоскопических технологий, в том числе ЛХЭ, совершенствованием хирургической тактики и техники.