

Острый холецистит: пути оптимизации хирургической тактики *Acute cholecystitis: ways to optimize surgical tactics*

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

<https://doi.org/10.16931/1995-5464.2020363-71>

Острый холецистит: возможности лапароскопической хирургии

Луцевич О.Э.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России; 127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1, Российская Федерация

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных острым холециститом за счет широкого внедрения ранних лапароскопических операций, сокращения показаний к консервативному лечению и декомпрессионным пункционным методам.

Материал и методы. В работе обобщен опыт лечения 3140 пациентов с острым холециститом, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Автор придерживается активной хирургической тактики – лапароскопическая операция в первые 2–15 ч после госпитализации при отсутствии абсолютных противопоказаний к пневмоперитонеуму.

Результаты. Рассмотрены технические особенности лапароскопических операций при различных формах острого холецистита. Обсуждаются причины неудовлетворительных результатов хирургического лечения заболевания – поздняя госпитализация и применение малоэффективной консервативной терапии. Отражены негативные последствия многоэтапных методов лечения острого холецистита. Определен алгоритм раннего радикального хирургического вмешательства. Характер воспалительных изменений стенки желчного пузыря и перивезикальных тканей, а также спаечный процесс в брюшной полости не влияли на принятие решения о сроках проведения операции и выборе метода.

Заключение. 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.

Ключевые слова: желчный пузырь, острый холецистит, хирургическая тактика, ранняя операция, лапароскопическая холецистэктомия, осложнения, результаты.

Ссылка для цитирования: Луцевич О.Э. Острый холецистит: возможности лапароскопической хирургии. *Анналы хирургической гепатологии*. 2020; 25 (3): 63–71. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2020363-71>.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Acute cholecystitis: possibilities of laparoscopic surgery

Lutsevich O.E.

Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry; 20/1, Delegatskaya str., Moscow, 127473, Russian Federation

Aim: to improve the results of surgical treatment of patients with acute cholecystitis due to the widespread introduction of early laparoscopic operations, reduction of indications for conservative treatment and decompression puncture methods.

Material and methods. This paper summarizes the experience of treating 3140 patients with acute cholecystitis, who underwent laparoscopic cholecystectomy. The author adheres to active surgical tactics – laparoscopic surgery in the first 2–15 hours from admission in the absence of absolute contraindications to the pneumoperitoneum.

Results. The technical features of laparoscopic operations for various forms of acute cholecystitis are considered. The reasons for the unsatisfactory results of surgical treatment of the disease are discussed – late hospitalization and the use of ineffective conservative therapy.

The negative consequences of multi-stage acute cholecystitis treatment methods are reflected. The algorithm of early radical surgical intervention was determined. The nature of inflammatory changes in the gallbladder wall and nearby space tissues, as well as the adhesions in the abdominal cavity, did not influence the decision on the timing of the operation and the choice of method.

Conclusion. Thus, radical surgery in the laparoscopic version in the vast majority of patients with destructive cholecystitis, in the shortest possible time from the onset of the attack or admission to the hospital, should be considered as a “surgery of choice”, accompanied by a minimum number of complications.

Keywords: *gallbladder, acute cholecystitis, surgical tactics, early surgery, laparoscopic cholecystectomy, complications, results.*

For citation: Lutsevich O.E. Acute cholecystitis: possibilities of laparoscopic surgery. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery.* 2020; 25 (3): 63–71. (In Russian). <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2020363-71>.

There is no conflict of interests.

● Введение

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 и составляет порядка 10–12% взрослого населения большинства развитых стран. В России от нее страдают порядка 15 млн человек, ежегодно ее диагностируют у 1 млн населения. В США ЖКБ страдают более 30 млн. Среди пациентов старше 45 лет ЖКБ встречается едва ли не у каждого третьего-четвертого. В результате число операций по поводу ЖКБ и ее осложнений в США составляет около 1,5 млн в год и превышает число всех других абдоминальных вмешательств, включая аппендэктомию [1]. Еще совсем недавно летальность при хирургическом лечении калькулезного холецистита достигала 4–6%, а в старших возрастных группах – 10–26% [2]. Осложнения в послеоперационном периоде развиваются у 6–19% пациентов, при этом наиболее частыми являются гнойно-воспалительные осложнения [3]. Женщины страдают почти в 4 раза чаще мужчин.

Первая холецистэктомия выполнена С. Langenbuch в 1882 г. За 140-летнюю историю парадигма лечебной тактики при ОХ менялась неоднократно и весьма радикально – от полностью консервативной терапии до активно-выжидательной тактики [4, 5], включая различные виды паллиативных вмешательств, направленных на решение сиюминутных проблем спасения жизни пациента (пункция желчного пузыря (ЖП), холецистостомия и пр.). Но практически во всех случаях хирургическое лечение ОХ носило вынужденный ситуационный характер, отодвигая радикальное вмешательство на неопределенный срок, критерием которого являлось или развитие перитонеальной симптоматики, или (в лучшем случае) полное стихание воспалительного процесса и последующая плановая операция [6].

Одним из ключевых факторов такого подхода к лечению ОХ является возраст пациентов и наличие сопутствующих интеркуррентных заболеваний [7, 8]. По данным разных источников, большинство пациентов с ОХ (>60%) находятся в возрасте старше 50 лет. При этом на старшую возрастную группу (>75 лет) приходится около 10% всех больных. В этой же группе наиболее часто встречаются деструктивные формы так называемого бескаменного холецистита, развивающиеся в результате нарушения кровоснабже-

ния стенки ЖП (тромбоз пузырной артерии или ее ветвей), активации неклостридиальной анаэробной инфекции или при воздействии ферментативного фактора. Практически все исследователи отмечают частое сочетание острого бескаменного холецистита с сердечно-сосудистыми, легочными и эндокринными заболеваниями. Отличительной особенностью данного варианта течения ОХ является быстрое (в течение суток) развитие необратимых некротических процессов в стенке ЖП, что в сочетании с перечисленными отягчающими обстоятельствами обуславливает высокую летальность.

Другой причиной отказа от радикального лечения в пользу консервативной терапии или паллиативных вмешательств на фоне технически более сложной ситуации при ОХ долгое время являлась большая травматичность самого хирургического доступа. Последствия широкой лапаротомии, традиционно применяемой при удалении ЖП, хорошо известны: выраженный болевой синдром, поздняя активизация больных, гнойно-воспалительные раневые осложнения, легочные и сердечно-сосудистые осложнения [9]. И лишь внедрение в 90-х гг. современных диагностических методов и видеоэндоскопической хирургии позволило радикально изменить как стратегию, так и результаты лечения одного из самых распространенных заболеваний. По данным главного хирурга МЗ РФ академика А.Ш. Ревишвили [10], в 2018 г. в России доля лапароскопических вмешательств при ОХ составила 52,61%, варьируя в различных регионах от 10,56 до 96,4%; общая летальность составила 0,22%. Справедливости ради следует отметить, что такие показатели появились не сразу, и внедрение эндовидеохирургических методов, особенно в 90-х гг., прошло достаточно тернистый путь. И казалось бы, сегодня этот вопрос успешно решен: лапароскопическая холецистэктомия повсеместно принята как стандарт лечения ЖКБ.

Однако анализ современной литературы свидетельствует, что это не совсем так. Большинство рекомендаций хирургов и гастроэнтерологов по лечению ЖКБ и ее осложнений далеко не всегда соответствуют новым представлениям о возможностях современной медицины. Поэтому в хирургии острого холецистита остается множество нерешенных вопросов: когда и каких больных ОХ следует оперировать? Какой метод хирургической агрессии следует применять в той или иной ситуации? Каково место лапароскопиче-

ских вмешательств в арсенале хирургических методов лечения осложнений ЖКБ? Как улучшить в целом результаты лечения ЖКБ?

● **Материал и методы**

С июня 1991 г. в Центре эндохирургии и литотрипсии накоплен опыт лечения более 13 000 больных ЖКБ в возрасте от 12 до 93 лет, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Острый холецистит в различной стадии развития воспалительного процесса, в том числе с деструкцией стенки желчного пузыря, был отмечен у 3140 пациентов, при этом 52% из них составили больные пожилого и старческого возраста. Преобладали женщины – 2261, мужчин было 879. С самого начала работы придерживаемся активной хирургической тактики при ОХ – ЛХЭ в первые 2–15 ч от поступления при отсутствии абсолютных противопоказаний к пневмоперитонеуму. Уместно отметить, что благодаря опытной бригаде анестезиологов-реаниматологов, применению щадящих методов пневмоперитонеума (7–9 мм рт.ст.) или безгазовой лапароскопии (лапаролифтинга), сокращению времени операции за счет практического опыта и слаженной работы хирургической бригады отказов от вмешательства не было. Характер воспалительных изменений стенки ЖП (катаральный, флегмонозный или гангренозный холецистит) и перивезикальных тканей, а также спаечный процесс в брюшной полости после перенесенных ранее вмешательств не влияли на принятие решения о сроках проведения операции и выборе метода. Исключение составили 4 больных ОХ, принимавших мощные антиагреганты или антикоагулянты (плавикс, варфарин и их аналоги) по поводу различных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Этим пациентам была успешно выполнена отсроченная на 2–5 сут (до получения приемлемых показателей МНО) ЛХЭ. Следует отметить, что подобная вынужденная отсрочка операции может отразиться на технических особенностях лапароскопического вмешательства в сторону усложнения (см. ниже). Прием пациентами других антитромботических средств (низкомолекулярные гепарины, препараты ацетилсалициловой кислоты и т.п.) существенно не отражался на выборе сроков и технике хирургического вмешательства.

Основным и весьма информативным методом диагностики ОХ считаем УЗИ, позволяющее не только объективно оценить состояние стенки ЖП, но и диагностировать развивающиеся осложнения (панкреатит, абсцесс, холангиолитиаз, выпот в брюшной полости и т.п.). Кроме того, при наличии послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке и предполагаемого спаечного процесса УЗИ позволяет выбрать точку безопасного введения первого оптическо-

го троакара (так называемое ультразвуковое окно). Другие методы лучевой диагностики (КТ, МРТ) применяли редко, в основном для получения дополнительной информации о состоянии внепеченочных желчных протоков и паренхимы печени.

● **Результаты**

Все операции проводили под общим обезболиванием с применением миорелаксантов, интубации трахеи или ларингеальной маски. Время операции варьировало от 15 до 95 мин (медиана 42 мин). Во всех наблюдениях вмешательство завершали дренированием подпеченочного пространства в течение 1–3 сут. Две конверсии отмечены только на этапе освоения метода (первые 50 операций при ОХ) и были обусловлены отсутствием практического опыта таких вмешательств. В дальнейшем все вмешательства, включая наблюдения перитонита, абсцессов (перивезикальных, печеночных в области ложа ЖП) и неясной анатомии, начинали и заканчивали лапароскопически. Все пациенты активизированы уже через 3–5 ч после операции, энтеральное питание начинали с первых суток. Сроки госпитализации варьировали от 2 до 5 сут (медиана 2,4 дня). Летальных исходов, тяжелых интра- и ранних послеоперационных осложнений в группе оперированных больных с ОХ не было. В более поздние сроки (на 7-е и 11-е сутки после операции и выписки) у 2 больных отмечено формирование абсцесса в ложе ЖП. Одному пациенту была выполнена релапароскопия, вскрытие, санация и дренирование полости абсцесса, другому – дренирование полости абсцесса при пункции под контролем УЗИ. Причиной образования абсцессов считаем неадекватное дренирование зоны операции (скопление жидкости в ложе ЖП) и неправильно подобранную антибактериальную терапию.

Технические особенности лапароскопических вмешательств при ОХ в основном зависят от продолжительности анамнеза самого страдания и предыдущих эпизодов обострения хронического холецистита с развитием рубцово-индуративных процессов и потерей нормальных анатомических ориентиров в области треугольника Кало, сроков госпитализации от начала приступа, оснащенности операционной и опыта хирурга.

Многолетний опыт свидетельствует, что в подавляющем большинстве наблюдений на 1–3-и 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. Так называемый стекловидный отек стенки пузыря и жировой клетчатки печеночно-двенадцати-

перстной связки создает дополнительные удобства для прецизионного разделения тканей, дифференцировки трубчатых структур и успешной ХЭ. Это относится и к группе пожилых пациентов с быстро формирующимся в результате сосудистых расстройств кровообращения (1–2 сут) некрозом стенки ЖП – бескаменным холециститом. В подавляющем же большинстве наблюдений причиной острого воспаления ЖП был камень, обтурирующий пузырный проток и вызывающий нарушение оттока желчи. Поэтому для облегчения манипуляций с ЖП необходима его пункция (используем длинную иглу Дюфо).

На 4–6-е сутки от начала заболевания, как правило, продолжает прогрессировать воспалительная инфильтрация стенок ЖП, отечные ткани уплотняются и их диссекция сопровождается повышенной кровоточивостью. Формирующийся перивезикальный инфильтрат становится более плотным. На этом этапе могут возникнуть некоторые технические сложности, но анатомические ориентиры, как правило, еще сохранены и “мягкая тупая” прецизионная препаровка позволяет успешно завершить операцию. Для достижения гемостаза применяем щадящую моно- и биполярную коагуляцию. Использование других хирургических энергий (ультразвуковой скальпель, LigaSure и т.п.) нецелесообразно. Не являются препятствием и формирующиеся перивезикальные абсцессы, возникающие чаще всего на фоне прогрессирующего некроза или перфорации стенки ЖП. Гной удаляем устройством для аспирации, и дальнейшее выделение органа обычно осуществляем стандартным способом.

Начиная с 7–8-х 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 ситуациях при неясной анатомии можно использовать приемы так называемой безопасной холецистэктомии – удаление “от дна”, “по частям”, удаление с оставлением части кармана Хартмана или шейки ЖП [11]. Для верификации трубчатых структур (общий желчный проток, сосуды печеночной связки, пузырный проток) целесообразно применять интраоперационное УЗИ или интраоперационную холангиографию. В свою очередь пересечение такого рода структур необходимо осуществлять максимально близко к стенке желчного пузыря, предварительно наложив клипсу на остающуюся часть трубчатого образования и сделав небольшой надрез его стенки (до вскрытия просвета, но не пересекая полностью). Появление крови свидетельствует о кровенос-

ном сосуде, желчи или гноя – о пузырном протоке. Через этот надрез можно провести холангиографию. Многократное увеличение изображения видеокамерой позволяет практически во всех ситуациях отличить характерную бархатистую темную слизистую оболочку пузырного протока от гладкой светлой слизистой оболочки магистральных внепеченочных протоков. Иногда при тяжелом нарушении нормальной анатомии шейки ЖП и печеночно-двенадцатиперстной связки целесообразно удалять желчный пузырь по частям, иссекая доступные участки его стенки. Высока вероятность обнаружения устья пузырного протока, проявляющегося поступлением светлой желчи. Устье необходимо ушить, в редких ситуациях требуется установка дренажа пузырного протока по Холстеду. Главный принцип – никогда не пересекать неидентифицированные структуры и трубчатые образования.

Что касается технических особенностей лапароскопических вмешательств при лечении ОХ, осложненного распространенным перитонитом ($n = 23$), они не отличаются принципиально от таковых при открытых операциях. Для эвакуации воспалительного экссудата и фибринозных наложений, разделения рыхлых спаек, санации затеков и межкишечных скоплений жидкости обычно используем 5-миллиметровое аспирационное устройство с тупым атравматичным концом. Возможно введение одного-двух дополнительных 5-миллиметровых 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 считаем обязательным, используя от 1 до 5 литров 0,01–0,02% раствора хлоргексидина и физиологический раствор. При распространенном перитоните целесообразно дренировать еще и малый таз сроком на 1–3 дня. Повторных санаций брюшной полости (по разработанной в клинике методике пролонгированной лапароскопической санации) не потребовалось. Само удаление ЖП, как правило, не вызывает серьезных затруднений, так как отсутствует плотный перивезикальный инфильтрат, характерный для формирующихся отграниченных абсцессов (см. выше).

● Обсуждение

На основании многолетнего и достаточно большого опыта тотального применения эндовидеохирургических методов в лечении самых разных больных ЖКБ в общем и ОХ в частности можем сформулировать концепцию по большинству спорных вопросов лечения этого широко распространенного заболевания.

В чем причина неудовлетворительных результатов хирургического лечения ОХ? Первая и очень

важная причина — поздняя госпитализация. Большинство современных исследований свидетельствуют, что в первые 1–2 сут от начала приступа поступают от 43 до 65% пациентов с ОХ [12]. А что с остальными? Опрос госпитализированных выявил достаточно большую долю больных (до 30%), которые проводили лечение на дому как по собственной инициативе, так и при участии врачей скорой медицинской помощи. Прием обезболивающих и спазмолитических препаратов (таблетки, инъекции) приносил временное облегчение страдания, отодвигая сроки госпитализации. Подобная ситуация особенно характерна для 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 стационарное лечение и операцию. И лишь прогрессирование болезни, появление новых непереносимых симптомов и ухудшение общего состояния принуждали пациента к госпитализации. Первостепенное значение приобретает просветительская и профилактическая работа врачей первичного звена (поликлиники, ультразвуковой диагностики, семейных врачей и т.д.) в правильном информировании больного ЖКБ о симптомах и возможных последствиях заболевания, мерах профилактики и лечения. Расхожие мнения многих терапевтов и гастроэнтерологов *“если камни не беспокоят, ничего делать не надо”* или *“можно попробовать их растворить”* должны уйти в прошлое, поскольку являются вредным и достаточно опасным заблуждением. В своей хирургической практике мы не увидели ни одного растворенного камня (!), при этом практически все пациенты, отказавшиеся когда-либо 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. Считаем, что в условиях современного развития миниинвазивной 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. Поэтому 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.

Когда оперировать больных ОХ? Напрашивается аналогия с острым аппендицитом, стандарты лечения которого хорошо известны и не вы-

зывают 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 ответ прост: 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, в бессознательном состоянии и с полиорганной недостаточностью — явление крайне редкое. Абсолютное большинство больных поступает “на своих ногах”, с определенным, если так можно выразиться, 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”, тем более сложным и затратным будет дальнейшее лечение и тем хуже будут его результаты [13]. Считаем, что минимальный объем лабораторных исследований и диагностических мероприятий при правильной организации работы хирургического стационара можно провести за 2–3 ч. Это общий клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с определением показателей билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы, амилазы и печеночных проб, коагулограмма, УЗИ, ЭКГ и рентгенография легких (остальные анализы и исследования — в плановом порядке). Это сохранит силы пациенту и не позволит отложить момент излечения. При поступлении больного в стационар в ночное время и отсутствии возможности оказания высококвалифицированной хирургической помощи с использованием миниинвазивных технологий (ЛХЭ) целесообразно перенести срочное вмешательство на утренние часы следующего дня. Исключение могут составить отдельные пациенты с тяжелыми декомпенсированными интеркуррентными заболеваниями и отсутствием перитонеальной симптоматики.

Холецистостомия или лапароскопическая холецистэктомия? В настоящее время при ОХ широко применяют пункцию или дренирование ЖП под контролем УЗИ как первый этап радикального хирургического лечения (холецистэктомия в отсроченном периоде), реже — как окончательный (пожизненный) паллиативный метод лечения этого заболевания. Второй вариант в основном применяют у больных пожилого и старческого возраста, страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями других органов

и систем. Большинство авторов [14] отмечают, что двухэтапный метод лечения позволяет значительно уменьшить послеоперационную летальность у группы больных повышенного риска. Кроме того, отмечают и ряд недостатков метода, главными из которых следует считать длительное пребывание в стационаре, низкое качество жизни больного при образовании функционирующего желчного свища, широкое и часто необоснованное применение двухэтапных методов лечения ОХ у лиц старше 60 лет. Также возможно развитие новых, хотя и немногочисленных, но тяжелых осложнений, связанных с пункцией желчного пузыря или существующей холецистостомой (ХС).

Среди наблюдаемых больных было 116 пациентов в возрасте 53–90 лет с деструктивными формами холецистита, которым в различных клиниках с 1998 г. по март 2020 г. при первичном обращении была сформирована чрескожная чреспеченочная пункционная 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 сут от момента поступления (в среднем на 4–5-е сутки), после достаточно продолжительного обследования и лечения. Большинство пациентов при этом поступили в сроки от 1 до 3 сут от начала приступа. Причиной внепланового обращения больных за помощью в наш стационар была неудовлетворенность результатами и предполагаемыми сроками лечения: наличие дренажной трубки в течение 1,5–2 мес, периодические осмотры и обследование в стационаре, специальный уход за ХС. Пять больных с ХС обратились за помощью в связи с прогрессирующим ухудшением самочувствия: выявлены очаги некроза стенки ЖП с продолжающимся перивезикальным 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. Называли разные причины: возраст старше 80 лет, отсутствие положительной динамики воспалительного процесса (при наличии дренажа в ЖП), отсутствие возможности оказания квалифицированной помощи и др.

Все больные с ХС были подвергнуты ЛХЭ в сроки от 1,5 ч до 2 сут с момента обращения. Продолжительность функционирования ХС составила от 3 до 68 дней, в среднем 10–20 сут. Операционное время составило в среднем 35–40 мин (от 20 до 95 мин), сроки госпитализации не превышали 4 сут (медиана 2,4 сут).

Серьезных послеоперационных осложнений и летальных исходов не отмечено. Лишь у 1 больного через 2,5 мес после ХС и месяц после ЛХЭ отмечено скопление желчи, потребовавшее дренирования под контролем УЗИ.

Изложенное позволяет сделать некоторые выводы. ХС предполагает достаточно продолжительный и сложный период этапного лечения, что часто оказывается неприемлемым для большинства трудоспособных пациентов. Наличие очагов некроза стенки ЖП (при гангренозном холецистите в перивезикальном инфильтрате) не поддается консервативному лечению, поддерживая воспаление в этой зоне и хроническую гнойную интоксикацию даже на фоне функционирующей ХС. Иными словами, ХС в подобной ситуации не позволяет решить поставленные задачи, и такие больные нуждаются в экстренной хирургической помощи. Также считаем, что в большинстве наблюдений применение ХС при деструктивном холецистите нецелесообразно. Применение метода возможно в качестве паллиативной помощи пациентам старшей возрастной группы с крайне высоким операционным риском.

Сочетание острого холецистита и механической желтухи: что делать? Достаточно сложный вопрос хирургии ОХ – сочетание острого воспаления желчного пузыря с холедохолитиазом и механической желтухой. Среди госпитализированных пациентов такое сочетание выявляли не часто¹ – у 13 больных (11 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 47 до 82 лет. Алгоритм лечения соответствовал представлениям о необходимости срочной хирургической помощи таким больным и заключался в проведении эндоскопического удаления камней общего желчного протока (ЭРХПГ, ЭПСТ) в день поступления и ЛХЭ на следующий день. В одном наблюдении полный комплекс хирургических лечебных мероприятий (эндоскопическая санация общего желчного протока и лапароскопическая холецистэктомия) был проведен в течение 6 ч.

И последнее. Очень важный вопрос – квалификация хирурга и оснащенность операционной. Острый холецистит – не то заболевание, на котором можно обучать начинающего хирурга. Воспалительные изменения ЖП и перивезикальных тканей 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 вмеша-

¹ В исследование не включено более 500 пациентов с холедохолитиазом и механической желтухой без признаков острого холецистита.

тельства до приемлемого уровня. Что касается оснащенности операционной, то это видеокamera с хорошим разрешением (HD, 4K), набор современных лапароскопических инструментов и (обязательно!) рентгеновская установка (С-дуга) для интраоперационной холангиографии. Не плохо еще иметь и лапароскопическое УЗИ.

● Заключение

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 — в двух ключевых словах: “боюсь” и “не умею”.

Участие авторов

Луцевич О.Э. — концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, написание текста, редактирование, ответственность за целостность всех частей статьи.

Authors participation

Lutsevich O.E. — concept and design of the study, collection and analysis of data, writing text, editing, responsibility for the integrity of all parts of the article.

● Список литературы

1. Shaffer E.A. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? *Curr. Gastroenterol. Rep.* 2005; 7 (2): 132–140. <https://doi.org/10.1007/s11894-005-0051-8>.
2. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Современные подходы к хирургическому лечению острого холецистита. XI Международная конференция хирургов-гепатологов России и стран СНГ. *Анналы хирургической гепатологии.* 2004; 9 (2): 113.
3. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Возможности улучшения результатов лечения острого холецистита. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2015; 2: 50–55.
4. 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): 739–743. <https://www.pubfacts.com/detail/20166341/>
5. Gurusamy K.S., Davidson C., Gluud C., Davidson B.R. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013; 6: CD005440. <https://doi.org/10.11648/j.js.s.2016040301.16>.
6. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2013; 12: 18–23.
7. Черепанин А.И., Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Поветкин А.П. Острый холецистит. М.: ГЭОТАР-медиа, 2016. 221 с.
8. 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 (3): 159–164.

<http://dx.doi.org/10.1080/13645700600760044>.

9. Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Зюбина Е.Н., Быков А.В. Миниинвазивные вмешательства при остром холецистите: состояние проблемы по данным доказательной медицины. *Анналы хирургической гепатологии.* 2011; 16 (2): 83–88.
10. 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: 88–97.
11. Elshaer M., Gravante G., Thomas K., Al-Hamali S., Ebdewi H. Subtotal cholecystectomy for “difficult gallbladders” systematic review and meta-analysis. *JAMA Surg.* 2015; 150 (2): 159–168. <https://www.pubfacts.com/detail/25548894/>
12. Papi C., Catarci M., D’Ambrosio L., Gili L., Koch M., Grassi G.B. Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis. *Am. J. Gastroenterol.* 2004; 99 (1): 147–155. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1572-0241.2003.04002.x>.
13. 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: 236–237.
14. 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): 826–833. <https://doi.org/10.1007/s00268-011-0985-y>.

● References

1. Shaffer E.A. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? *Curr. Gastroenterol. Rep.* 2005; 7 (2): 132–140. <https://doi.org/10.1007/s11894-005-0051-8>.
2. Briskin B.S., Lomidze O.V. Modern approaches to surgical treatment of acute cholecystitis. XI international conference of Surgeons-Hepatologists of Russia and CIS countries. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB Surgery.* 2004; 9 (2): 113. <https://www.dissercat.com/content/> (In Russian)
3. Sovtsov S.A., Prilepina E.V. Possibilities of improving the results of treatment of acute cholecystitis. *Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova.* 2015; 2: 50–55. <http://dx.doi.org/10.17116/hirurgia2015250-55> (In Russian)
4. 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): 739–743. <https://www.pubfacts.com/detail/20166341/>
5. Gurusamy K.S., Davidson C., Gluud C., Davidson B.R. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013; 6: CD005440. <https://doi.org/10.11648/j.js.s.2016040301.16>.
6. Sovtsov S.A., Prilepina E.V. Cholecystitis in high-risk patients. *Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zhurnal imeni N.I. Pirogova.* 2013; 12: 18–23. <https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2013/12/030023-12072013123>. (In Russian)
7. Cherepanin A.I., Lutsevich O.E., Gallyamov E.A., Povetkin A.P. *Ostrii kholecistit* [Acute cholecystitis]. Moscow: GEOTAR-

- media, 2016. 221 p. <https://search.rsl.ru/ru/record/01008102405> (In Russian)
8. 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 (3): 159–164. <http://dx.doi.org/10.1080/13645700600760044>.
 9. Beburishvili A.G., Panin S.I., Zyubina E.N., Bykov A.V. Minimally invasive interventions for acute cholecystitis: the state of the problem according to evidence-based medicine. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB Surgery.* 2011; 16 (2): 83–88. <http://eport.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=242373>. (In Russian)
 10. Revishvili A.Sh., Fedorov A.V., Sazhin V.P., Olovyanny V.E. The state of emergency surgical care in the Russian Federation. *Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zhurna limeni N.I. Pirogova.* 2019; 3: 88–97. <http://dx.doi.org/10.17116/hirurgia201903188>. (In Russian)
 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): 159–168. <https://www.pubfacts.com/detail/25548894/>
 12. Papi C., Catarci M., D’Ambrosio L., Gili L., Koch M., Grassi G.B. Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis. *Am. J. Gastroenterol.* 2004; 99 (1): 147–155. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1572-0241.2003.04002.x>.
 13. Lutsevich O.E., Amirkhanov A.A., Urbanovich A.S. Speaking of the tactics of surgical treatment of elderly and senile age patients with destructive cholecystitis. Abstracts of the XVII Congress of the Russian society of Endoscopic Surgeons. *Endoscopic surgery.* 2014; 1: Appendix: 236–237. <https://www.elibrary.ru/contents.asp?id=33187797>. (In Russian)
 14. 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): 826–833. <https://doi.org/10.1007/s00268-011-0985-y>.

Сведения об авторах [Authors info]

Луцевич Олег Эммануилович – доктор мед. наук, профессор, член-корр. РАН, Заслуженный врач РФ, лауреат премии Правительства РФ, заведующий кафедрой факультетской хирургии №1 ФГБОУ ВО “Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова”, главный хирург ЗАО ЦЭЛТ (Москва). <https://orcid.org/0000-0002-8092-0573>. E-mail: oleglutsevich@gmail.com

Для корреспонденции *: Луцевич Олег Эммануилович – 127254, г. 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, Honored Doctor of the Russian Federation, Head of the Department of Faculty Surgery No.1 of the Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Chief Surgeon of the CELT. <https://orcid.org/0000-0002-8092-0573>. E-mail: oleglutsevich@gmail.com

For correspondence *: Oleg E. Lutsevich – Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry; 20/1, Delegatskaya str., Moscow, 127473, Russian Federation. Phone: +7-985-766-62-36. E-mail: oleglutsevich@gmail.com

Статья поступила в редакцию журнала 21.05.2020.
Received 21 May 2020.

Принята к публикации 10.06.2020.
Accepted for publication 10 June 2020.