

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИК НАВИГАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ



Арзиев Исмоил Алиевич, Рустамов Сардор Улугбек угли, Нурмурзаев Зафар Нарбай угли
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА НАВИГАЦИОН ХИРУРГИЯ УСУЛЛАРИНИ ҚЎЛЛАШ

Арзиев Исмоил Алиевич, Рустамов Сардор Улугбек угли, Нурмурзаев Зафар Нарбай угли
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

APPLICATION OF NAVIGATION SURGERY TECHNIQUES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

Arziev Ismoil Alievich, Rustamov Sardor Ulugbek ugli, Nurmurzaev Zafar Narbay ugli
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Ўт тош касаллиги мураккаб шаклларининг клиник хусусиятларини, ўткир деструктив холецистит муаммосининг моҳиятини ва диапевтик декомпрессия усулларининг юқори даволаш - диагностик самарадорлигини очиб берадиган адабиётлар кўриб чиқилди. Операцион - анестезиологик хавфи юқори бўлган беморларда ўткир холециститда кам инвазив ва декомпрессия аралашув усулларига кўрсатмалар ҳамда ягона консенсус йўқлиги қайд этилган.

Калим сўзлар: Ўткир холецистит, навигация жарроҳлиги, операцион – анестезиологик хавф.

Abstract. A review of the literature is presented, revealing the clinical features of complicated forms of cholelithiasis, the essence of the problem of acute destructive cholecystitis and the high therapeutic and diagnostic effectiveness of diapeutic decompression techniques. It is noted that there is no consensus on the indications for use and the method of minimally invasive decompression intervention for acute cholecystitis in patients with high surgical and anesthetic risk.

Key words: Acute cholecystitis, navigation surgery, surgical and anesthetic risk.

Одним из наиболее распространённых и достоверных методов диагностики заболеваний желчного пузыря является ультразвуковое исследование (УЗИ). Принцип работы диагностических ультразвуковых приборов заключается в следующем: объект подвергают воздействию направленного ультразвукового луча и регистрируют эхосигналы, отраженные от границы двух сред с различной акустической плотностью [14]. Простота, безопасность, возможность обследования большого неограниченного числа раз независимо от тяжести его состояния делает УЗИ незаменимым в диагностике острого холецистита. Первое сообщение об использовании сонографии в выявлении заболеваний желчного пузыря появилось в 1950 г. [5]. Эхоэмиотика острого холецистита при желчекаменной болезни хорошо разработана и базируется на выявлении изменений структуры стенки

желчного пузыря, его размеров, внутренней среды, паравезикальных тканей, выявления реакции лимфатической системы в виде локального лимфаденита.

Преимущество метода УЗИ в его неинвазивности, простоте и отсутствии противопоказаний. Использование УЗИ в клинике острого холецистита поставило диагностику этого заболевания на качественно новый уровень, позволило не только констатировать факт наличия холецистолитиаза, но и оценивать характер патологических изменений в желчном пузыре и панкреатобилиарной зоне. Ряд отечественных и зарубежных авторов оценивают достоверность УЗИ в диагностике острого холецистита в 95,4-99,6% [3,14].

К наиболее типичным ультразвуковым признакам острого холецистита относят: увеличение размеров желчного пузыря (более 10 см в длину и

4 см в ширину), утолщение стенок (свыше 3 мм), удвоение и нечёткость контуров его стенок, наличие в просвете гиперэхогенной взвеси и фиксированных в шейке конкрементов, признаки острых перевезикальных изменений (в печени и окружающих тканях) [5]. Разработка методов диагностики форм воспаления желчного пузыря и достоверных критериев в дооперационной оценке морфологических изменений в стенке желчного пузыря, окружающих его тканей и желчных протоков стали разрешающими в проблеме выбора лечебной тактики и метода хирургического пособия [4,7,14].

Сонография органов панкреато-билиарной зоны при остром холецистите является необходимым и достаточным методом объективной диагностики этой патологии. Вместе с тем, фактором, существенно затрудняющим трактовку выявляемых эхосимптомов, является отсутствие общепринятой ультразвуковой классификации острого холецистита, что негативно сказывается на принятии лечебно-тактических решений [5].

При анализе литературы выявляются две тенденции в описании ультразвуковой семиотики ОХ. Первая – это попытка поставить в прямое соответствие выявляемым ультразвуковым признакам конкретную морфологическую форму воспаления желчного пузыря. Например, указывается, что «двойной контур» стенки желчного пузыря является симптомом, характерным для флегмонозного холецистита [3]; «гепатизация» его просвета считается признаком эмпиемы [5]. Надёжным симптомом деструкции считают удвоение контуров стенки желчного пузыря, её утолщение. При выявлении этого симптома гангренозный холецистит обнаруживают в 38% [5]. Традиционным является также дифференцировка морфологических форм ОХ по сонографически измеряемой толщине стенки желчного пузыря. Многие авторы полагают, что при толщине стенки 6 мм имеет место деструктивная форма холецистита. При этом информативность УЗИ в определении различных форм острого холецистита оценивается в 93,1-98,4 % [15]. В последнее время пристальное внимание уделяется выявлению признаков острого воспаления непосредственно в стенке желчного пузыря, индикатором чего считают гиперваскуляризацию стенки, а также регистрируемое с помощью цветной и спектральной доплерографии увеличение скорости кровотока по ее сосудам. Однако данные об эффективности этой методики требуют дальнейшего изучения.

Вторая тенденция – попытка уйти от конкретизации морфологии в сторону синдромной диагностики, что более важно клинически, поскольку предполагает конкретные однозначно определяемые лечебные мероприятия и их срок.

Многими отечественными исследователями высоко оценивается классификация В.М. Буянова и соавт. [5], предлагающая выделение 4 эхосиндромов (классов) острого холецистита:

1. Острый холецистит без деструкции стенки.
2. Острый деструктивный холецистит без внепузырных осложнений.
3. Острый деструктивный холецистит с перевезикальным инфильтратом, абсцессом.
4. Острый деструктивный холецистит с перитонитом.

Данная классификация в достаточной степени отражает клиническую значимость ЭХО-симптомов ОХ и позволяет создавать обоснованные тактические схемы и алгоритмы лечения пациентов [5]. В некоторой степени классификация В.М. Буянова соответствует клинической классификации Б.А. Королева и Д.Л. Пиковского [10]. Так I класс ОХ без деструкции стенки ЖП соответствует острому простому холециститу, а II и III классы соответствуют острому обтурационному холециститу с вариантами водянки и/или эмпиемы. Руководствуясь приведенной классификацией С.В. Иванов и соавт. [5] приняли активную тактику ведения больных старше 60 лет. Авторы всем больным ОХ старше 60 лет выполняли чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию под сонографическим наведением.

Разрешающим фактором, ликвидирующим интравезикальную гипертензию и сам субстрат гнойного воспаления, может стать пункция с последующей аспирацией содержимого и дренированием желчного пузыря при остром обтурационном холецистите [1,2,17].

Малоинвазивные манипуляции под ультразвуковым контролем в литературе обозначаются терминами ультразвуковая диалектика или навигационная хирургия. Навигационная пункционная хирургия под контролем УЗИ – новое направление в малоинвазивной хирургии, позволяющее излечивать некоторые заболевания органов брюшной полости без рассечения покровов. При остром холецистите применяются декомпрессивные вмешательства под контролем УЗИ или при лапароскопии. Впервые об успешном применении чрескожной чреспеченочной микрохолецистостомии под сонографическим наведением (ЧЧМХС) сообщили М. Makuuchi и соавт. в 1998 году, в нашей стране стали классическими работы Ш.И. Каримова и его школы [6,13,16].

Используемые методики чрескожной пункции желчного пузыря (ЖП) основываются на соблюдении двух правил [5]: 1) пункционный канал должен проходить через ткань печени; 2) пункция стенки ЖП должна производиться в ее внебрюшинной части со стороны ложа ЖП. Соблюдение

этих условий необходимо для исключения подтекания желчи из отверстия в стенке ЖП.

Более эффективным и, менее опасным вмешательством по сравнению с пункцией желчного пузыря под контролем лапароскопии стала микрохолецистостомия под контролем УЗИ. Преимущество микрохолецистостомии перед однократной санационной пункцией желчного пузыря состоят в следующем:

1. Постоянно функционирующий дренаж желчного пузыря позволяет добиться стихания острого воспалительного процесса даже в тех случаях, когда однократная пункция, включая внутривисцеральное введение антибиотиков, оказывается неэффективной.

2. Наличие катетера в желчном пузыре позволяет контролировать содержимое желчного пузыря в различные сроки после вмешательства, оценивая тем самым динамику явлений острого воспаления желчного пузыря.

3. Введение контрастного вещества по микрохолецистостоме и последующее рентгеновское исследование позволяют выявить наличие холелитиаза и, при необходимости, определить причину механической желтухи.

4. Микрохолецистостома может быть использована для подведения в полость желчного пузыря литолитических препаратов с последующим удалением через дренаж продуктов растворения желчных конкрементов [9].

В то же время ультразвуковые манипуляции значительно легче переносятся тяжелыми больными, менее травматичны и требуют для своего выполнения меньше времени, что в ряде случаев позволяет применять их у нетранспортабельных больных прямо в палате.

В.Г. Ившин с соавт. [6] полагают, что диагностическая ценность данной операции чрезвычайно высока и позволяет построить дальнейшую программу обследования и лечения пациента не опасаясь за прогрессирование воспалительного процесса в желчном пузыре и/или нарастания желтухи (при наличии таковой), т.к. микрохолецистостома позволяет длительно и адекватно декомпрессировать желчный пузырь и через него весь желчный тракт.

В настоящее время во многих клиниках выполняются различные варианты лапароскопических операций. Так, Р.Б. Мумладзе [2] сообщает о том, что на базе хирургических отделений Городской клинической больницы им. С. П. Боткина (Москва) ежегодно проводится более 700 подобных операций, которые стали методом выбора в лечении целого ряда экстренных заболеваний органов брюшной полости.

С целью декомпрессии желчного пузыря используются три методики: одномоментная пункционная санация (ОПС), катетеризация по

методике Сельдингера и ЧЧМХС по методике стилет-катетера. Сегодня в декомпрессивных операциях предпочтение отдается чрескожной чреспеченочной микрохолецистостомии под ультразвуковым наведением. При относительной простоте и малой инвазивности ЧЧМХС у 94% больных удается быстро купировать воспалительно-деструктивные изменения в желчном пузыре.

Существуют методики применения специальных пункционных датчиков и насадок, позволяющих виртуально моделировать направление и глубину предполагаемой чрескожной пункции; но существуют и методики навигационных вмешательств способом «свободной руки». Некоторые хирурги утверждают, что выполнение манипуляций методом «свободной руки» является наиболее мобильным и позволяющим на любом этапе менять траекторию движения иглы в необходимом направлении [5].

Санационные методики, применяемые под эхоэхографическим контролем, позволяют отказаться от необходимости экстренной операции и получить возможность предоперационной подготовки. Разрыв патогенетического звена внепузырных осложнений, прогрессирования деструкции стенки желчного пузыря и развития перитонита посредством микрохолецистостомии создаёт возможность коррекции сопутствующей патологии. Всё это способствует выполнению холецистэктомии в плановом порядке. Таким образом, многие хирурги считают целесообразным включение навигационных лапароскопических методик в алгоритм этапного хирургического лечения больных ОХ.

Учитывая высокую лечебно-диагностическую эффективность, а также очевидные преимущества лапароскопических декомпрессивных методик, становится очевидной перспективность их использования именно у пациентов старших возрастных групп. Однако четкого единого мнения о показаниях к использованию, а также способу миниинвазивного декомпрессионного вмешательства в настоящее время нет. Так, ряд авторов считает достаточным применения пункционных методов; предлагаются различные методики облитерации желчного пузыря. Отмечается и скептическое отношение хирургов к данным методикам с указанием на высокую частоту рецидивов заболевания и снижением качества жизни больных. Таким образом, роль и место навигационной хирургии ОХ у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском недостаточно освещены в литературе и требуют дальнейшего изучения.

Литература:

1. Брискин Б.С., Ламидзе О.В., Гудков А.Н. Острый холецистит у пожилых // Неотложная хирур-

- гия: матер. пленума проблемной комиссии. Москва – Пятигорск, 2005. С. 22-25.
2. Выбор тактики и метода хирургического лечения у больных с острым калькулезным холециститом / Р.Б. Мумладзе [и др.] // *Анналы хирургии*. 2010. № 6. С. 50-56.
3. Желчно-каменная болезнь / С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулутко, М.И. Прудков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 178 с.
4. Затевахин И.И. Цициашвили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. Острый холецистит: диагностика и лечение // *Вестн. РГМУ*. 2000. № 3. С. 21-26.
5. Иванов С.В., Охотников О.И. Место УЗИ-диагностики в хирургической тактике при остром холецистите: метод. разработки. Курск: КГМУ, 1998. Режим доступа: <http://surgery1.kursknet.ru/texts/sonogr.htm>
6. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. Тула: Гриф и К, 2000. 312 с.
7. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. М.: Видар-М, 2004. 199.
8. Каримов, Ш.И., Хакимов, М.Ш., Адылходжаев, А.А., Рахманов, С.У., Хасанов, В.Р. Лечение осложнений чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периапулярными опухолями // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2018. – Т. 20. – № 3. – С. 68-74.
9. Клинико-экспериментальное обоснование способов мукоклазии желчного пузыря при лечении холецистостомированных больных / П.М. Назаренко [и др.] // *Вестн. экспериментальной и клинической хирургии*. 2010. Т. 3, № 1. С. 35-43.
10. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М.: Медицина, 1990. 240 с.
11. Ризаев Ж. А., Нурмаматова К. Ч., Тухтаров Б. Э. Организация лечебно-профилактической помощи при аллергических заболеваниях у детей // *ББК*. – Т. 51. – С. 113.
12. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // *Достижения науки и образования*. – 2022. – № 1 (81). – С. 75-79.
13. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // *Вісник проблем біології і медицини*. – 2019. – № 4 (1). – С. 338-342.
14. Minimally invasive treatment of cholelithiasis in the elderly / N. Gulla [et al.] // *Minerva Chir*. 2001. Vol. 56 (3). P. 223-228.
15. Percutaneous cholecystostomy is an effective treatment option for acute calculous cholecystitis: a 10-year experience / J. Kirkegard, T. Horn, S.D. Christensen [et al.] // *Scand. J. Surg*. 2015. URL: <http://sjs.sagepub.com/content/early/2015/01/07/1457496914564107.long>

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИК НАВИГАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Арзиев И.А., Рустамов С.У., Нурмурзаев З.Н.

Резюме. Представлен обзор литературы, раскрывающий особенности клиники осложненных форм желчнокаменной болезни, суть проблемы острого деструктивного холецистита и высокой лечебно-диагностической эффективности диапневтических декомпрессионных методик. При этом отмечено, что нет единого мнения о показаниях к использованию а также способу миниинвазивного декомпрессионного вмешательства при остром холецистите у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Ключевые слова: Острый холецистит, навигационная хирургия, операционно-анестезиологический риск.