

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Сенько П.В., Жидков А.С., канд. мед. наук, доц., **Лысенко И.О.**

Военно-медицинский институт в УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, РБ
voenmed@bsmu.by

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является распространённым заболеванием, встречающимся у 10–15 % населения [1], а лапароскопическая холецистэктомия обогнала аппендэктомию по частоте выполнения операций [2]. Морфологическим субстратом болезни являются конкременты в желчном пузыре (ЖП), состоящие из компонентов его секрета – холестерина, билирубина и различных солей. Осложнения ЖКБ возникают из-за длительного раздражающего действия камней, закупорки пузырного или общего желчного протока (холедохолитиаз), застоя желчи в пузыре с транслокацией бактериальной флоры из кишечника и развитием воспаления.

Так, классическими осложнениями ЖКБ являются:

– острый холецистит (с исходами в мукоцеле, эмпиему, флегмонозный и гангренозный холецистит);

– хронический холецистит (с обострением или исходом в фиброз).

Осложнения, требующие оперативного вмешательства, развиваются в пределах 1–2,3 % [3]. В настоящее время золотым стандартом лечения острого холецистита является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Однако при выраженном спаечном процессе и далеко зашедшей форме воспалительных изменений в окружающих его тканях выполняют конверсию из лапароскопической операции в открытую (ЛХЭ с конверсией) [4]. Если удалось обнаружить изменённый желчный пузырь в инфильтрате до операции, то методикой выбора становится открытая холецистэктомия (ХЭ) [5]. В последнее время всё чаще используется эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), как один из вариантов лечения осложнений [6]. Однако все операции, выполняющиеся при осложнённых формах ЖКБ, имеют определённый оперативный риск [7].

Цель работы – провести сравнительную характеристику операций, выполняющихся при осложнениях ЖКБ; выяснить какие осложнения сопровождают данные операции и частоту развития этих осложнений по классификации Clavien-Dindo; определить наиболее эффективный метод хирургического лечения осложнений ЖКБ.

Исследование представляло собой одномоментное ретроспективное изучение данных медицинской документации пациентов с осложненными формами ЖКБ, которым проводились операции по поводу этого заболевания. Обследовано 149 пациентов, находившихся на лечении в УЗ «4 ГКБ им. Н.Е. Савченко г. Минск». Сформированы 4 группы пациентов по типу

выполненного оперативного вмешательства: ЛХЭ (n=50; 57±21,7 лет; женщины : мужчины / 35:15), открытая ХЭ (n=12; 63±19,2 лет; ж : м / 5:7), ЛХЭ с конверсией (n=5; 75±7 лет; ж : м / 2:3), эндоскопическая операция со стентированием или без него (n=82; 64±25,8 лет; ж : м / 53:29). При оценке качества оперативного вмешательства при различных операциях, кроме возраста и пола, использовались следующие показатели: нозологическая форма заболевания, сопутствующие заболевания пациентов, время от начала заболевания, длительность проведения операции, средний койко-день (время пребывания пациента в стационаре). Степень осложнений, возникших при проведении этих операций, распределена согласно классификации Clavien-Dindo. Статистическая обработка данных проведена при помощи пакета программ Microsoft Office.

При характеристике первой группы (ЛХЭ) средняя длительность операции составила 102,5 минуты, а средний койко-день (к/день) – 10 дней. При ХЭ (2-я группа) средняя длительность операции – 123,2 минуты, к/день – 18. ЛХЭ с конверсией: средняя длительность – 108,5 минут, к/день – 16. ЭПСТ – 85 минут, к/день – 13. Послеоперационные осложнения согласно классификации Clavien-Dindo: осложнения I степени (чаще всего это повышение температуры тела выше 39 градусов, серома послеоперационной (п/о) раны и непротяженная стриктура холедоха) встречались во всех группах, более часто при выполнении ЛХЭ с необходимостью конверсии (20 %), затем при выполнении ЭПСТ (17,1 %), открытая ХЭ – 16,7 %, а при ЛХЭ – всего 6 %. Осложнений II степени (выпот области вмешательства, переливание крови вследствие интраоперационного кровотечения, нагноение п/о раны и водянка желчного пузыря) встречаются: при ЭПСТ 22 %, далее ЛХЭ с конверсией – 20 %, при ХЭ – 17 %, а ЛХЭ – 8 %. Для удобства предоставления материала в письменном формате мы объединим IIIa и IIIb степени при описании результатов, с пометками. Так, III степень встречается: при ЭПСТ в 23 % случаев (при этом $\frac{3}{4}$ осложнений относились к IIIa степени), ЛХЭ с конверсией – 20 %, открытая ХЭ – 16,5 % и ЛХЭ – всего 4 %. IIIa степень наблюдалась только у пациентов с ЭПСТ, так как без общей анестезии выполнялись операции: эндоскопического гемостаза кровоточащего сосуда и повторная ЭПСТ при неэффективности первого вмешательства. Степень IIIb выставлялась при необходимости: пластики холедоха вследствие его непроходимости, гепатикоеюноанастомоза и ушивания перфоративной язвы. С IV степенью ситуация аналогичная, поэтому IVa степень выставлялась при развитии п/о механической желтухи, желчного перитонита, острого почечного повреждения и серьезного желудочно-кишечного кровотечения. А степень IVb при развитии синдрома полиорганной недостаточности (ПОН) и шока. Таким образом, осложнения IV степени развились: в 60 % операцией ЛХЭ с необходимостью конверсии, 41 % открытых ХЭ (при этом 8 % с ПОН), 13,5 % эндоскопических ПСТ (6 % встречались шок и ПОН) и в 10 % выполнения ЛХЭ. Смертельные исходы, или осложнения V степени, развились только у

8,3 % пациентов при выполнении ХЭ и 6,1 % – ЭПСТ. Причины смерти: выраженная полиорганная недостаточность, неоперабельная холангиокарцинома холедоха и реактивный панкреатит после ЭРХПГ.

Наибольшее количество пациентов с осложнениями ЖКБ пришлось на возраст 60 – 75 лет, с превалированием женского пола, а осложнения у 9,4 % пациентов в возрасте до 40 лет указывают на омоложение проблемы. Наилучшие результаты лечения осложнённых форм ЖКБ были получены при проведении ЛХЭ в случаях отсутствия холедохолитиаза и механической желтухи. Несмотря на сокращение пребывания пациентов в стационаре в 1,15 раз и на меньшую продолжительность операции, эндоскопические вмешательства не всегда должны являться манипуляцией выбора для пациентов с осложненными формами ЖКБ, а их выбор должен быть полностью основан показаниями к операции. Основные осложнения, которые встречаются при операциях на желчном пузыре, это: неэффективность ЭПСТ (10), выпот в области вмешательства (8), интраоперационное кровотечение, требующее переливание крови (6), инфекция п/о раны (6), стриктура холедоха (8), механическая желтуха (12) и СПОН (5). Самый высокий риск послеоперационных осложнений выявился у лиц пожилого и старческого возраста с множеством сопутствующих заболеваний.

Список литературы

1. Григорьева И. Н., Никитин Ю. П. Распространенность желчно-каменной болезни в различных регионах // Клиническая медицина. – 2007. – Т. 85, № 9. – С. 27-30.
2. Завада Н. В. Неотложная хирургическая помощь в республике беларусь и перспективы ее развития // Современные технологии в хирургической практике. – 2023. – С. 76-79.
3. Кузина М. И. Хирургические болезни Учебник. 4-е изд., перераб. и доп. / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин и др // М.: Медицина. – 2018.
4. Курбанов Д. М., Расулов Н. И., Ашуров А. С. Осложнения лапароскопической холецистэктомии // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22, № 3. – С. 366-373.
5. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. Эффективность приоритетного использования миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении осложненных форм острого холецистита // Research Focus. – 2023. – Т. 2, № 1. – С. 36-43.
6. Стрельников Е. В. и др. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с лапароскопическим пособием // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2006. – Т. 5, № 2. – С. 396-398.
7. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. Диапевтические и рентгенэндобилиарные вмешательства в коррекции осложнений после холецистэктомии // Research Focus. – 2023. – Т. 2, № 1. – С. 44-51.



МАТЕРИАЛЫ
IX Международной научной конференции
Донецкие чтения 2024:
образование, наука, инновации,
культура и вызовы современности

Том 3

Биологические
и медицинские науки,
экология

