

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

BASIC APPROACHES TO THE SURGICAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

K. Gabaeva

Summary. Gallstone disease is one of the frequently recorded pathologies of the hepatobiliary system, which has a relapsing course and a certain "classic" clinical picture. The possibility of developing complications, including life-threatening ones (peritonitis), deterioration in the quality of life and professional ability to work with an exacerbation of the pathological process increases the relevance of the radical method of treatment.

The evolution of surgical treatment of cholelithiasis from "open" (laparotomic) methods to minimally invasive ones is a natural consequence of technical progress (the introduction of laparoscopes, robotic platforms). The advantages of minimally invasive interventions have been demonstrated in a number of works. Among them: low trauma, prevention of postoperative complications, good cosmetic effect, shorter duration of hospitalization, reduction of rehabilitation and return to professional activity.

Keywords: cholelithiasis, cholecystectomy, gallbladder, trocar, peritonitis.

Габаева Карина Казбековна

*Специалист, Кабардино-Балкарский государственный университет имени Х.М. Бербекова; Терапевт, ГБУЗ «Городская больница г. Московский ДЗМ»
Поликлиника
karina-gabaeva@mail.ru*

Аннотация. Желчнокаменная болезнь является одной из часто регистрируемых патологий гепатобилиарной системы, имеющей рецидивирующее течение и определенную «классическую» клиническую картину. Возможность развития осложнений, в том числе и жизнеугрожающих (перитонит), ухудшение качества жизни и профессиональной трудоспособности при обострении патологического процесса повышает актуальность радикального метода лечения.

Эволюция хирургического лечения ЖКБ от «открытых» (лапаротомных) методов до минимально инвазивных является закономерным следствием технического прогресса (внедрение лапароскопов, роботизированных платформ). Преимущества миниинвазивных вмешательств продемонстрированы в ряде работ. Среди них: малая травматичность, предупреждение развития послеоперационных осложнений, хороший косметический эффект, меньшая продолжительность госпитализации, сокращение сроков реабилитации и возвращения в профессиональную деятельность.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, желчный пузырь, троакар, перитонит.

Введение

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является многофакторным и многостадийным заболеванием гепатобилиарной системы, характеризующееся определенной клинической картиной, обусловленной нарушением обмена холестерина и/или билирубина с образованием конкрементов в желчном пузыре и/или в желчных протоках [1].

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о неуклонном ежегодном приросте количества пациентов, страдающих ЖКБ. Ученые прогнозируют, что к 2050 году ЖКБ будет самой распространенной патологией гепатобилиарной системы [2,3].

Развитие серьезных осложнений, повышающих риск развития летального исхода, объясняет значимость выбора ведения пациента в клинической практике [4].

Несмотря на развитие подходов к профилактике и лечению ЖКБ, нетрудоспособность, инвалидность населения и даже летальность по причине осложнений ЖКБ по настоящее время сохраняют свою социальную и экономическую значимость, поэтому качественное и эффективное лечение пациентов с ЖКБ по-прежнему остается важной задачей современной медицины [5].

Цель работы

Анализ литературных данных, посвященный вопросам хирургического лечения пациентов с ЖКБ.

В XIX–XX веках единым верным подходом к хирургическому лечению пациентов с ЖКБ являлось выполнение оперативных вмешательств посредством применения лапаротомного доступа.

Преимущество такого подхода объяснялась хорошей визуализацией операционного поля через доступ достаточного размера.

Идея тотального удаления желчного пузыря была связана с тем фактом, что в тот период времени доминировало мнение о необходимости полного удаления желчного пузыря ввиду его возможной роли в продукции камней.

Первая традиционная холецистэктомия была выполнена в 1882 году немецким хирургом Карлом Лангенбухом, в России — Ю.Ф. Косинским в 1889 году. В связи с тем, что лапаротомные вмешательства характеризовались большими размерами доступа, высокой травматичностью и длительным болезненным периодом восстановления, поиск альтернативных методов хирургического лечения пациентов данной когорты всегда был актуален [6,7].

Начало новой эпохи в развитии хирургии желчного пузыря было положено в 1985 году, когда E. Mische выполнил первую лапароскопическую холецистэктомию, качественно изменив подход к хирургическому удалению желчного пузыря. В 1987 г. P. Mouret при проведении лапароскопической холецистэктомии стал использовать не только многопроточный доступ, но и видеомонитор. В дальнейшем, к началу 90-х гг. XX века, лапароскопическая холецистэктомия уже получила широкое распространение и в течение 90-х гг. XX века заменила открытое вмешательство и стала стандартом хирургического лечения больных ЖКБ.

В ряде отечественных и зарубежных работ были продемонстрированы результаты, сравнивающие открытые и лапароскопические вмешательства при ЖКБ [8,9].

Авторами было отмечено несомненные преимущества лапароскопической методики: меньшая травматизация передней брюшной стенки, менее выраженные болевые ощущения в послеоперационном периоде, лучший косметический эффект, более быстрое восстановление [8,9,10]. Следует отметить, что показатель качества жизни, оцениваемый в исследованиях по опроснику SF-36 также был выше в группе пациентов, перенесших лапароскопическое вмешательство [11].

В литературе описаны случаи, когда может быть осуществлен вынужденный переход от лапароскопического доступа к лапаротомному — наличие больших и гигантских камней желчного пузыря. Однако в исследовании Igwe PO et al., 2020 г. описан клинический случай удаления гигантского камня желчного пузыря посредством лапароскопической методики [12].

На современном этапе развития лапароскопической хирургии определяются три направления техники выполнения операций: уменьшение диаметра троакарных манипуляторов (минилапароскопия), уменьшение количества разрезов, через которые осуществляется оперативное вмешательство и использование для осуществления технологии естественных доступов [13,14].

В последнее десятилетие одним из направлений развития минимально инвазивной хирургии стала методика единого лапароскопического доступа, или, как ее называют за рубежом, однопортовой хирургии (LESS, SILS и т.д.) [15].

Результаты крупного исследования, в котором приняли участие 1841 человек с ЖКБ, оперированные с применением единого лапароскопического доступа (944 человек) и мультипортовой методикой (897 участников) были опубликованы в 2013 году. Авторами были отмечены преимущества единого лапароскопического доступа в отношении таких показателей, как: косметический эффект и выраженность болевых ощущений. Продолжительность оперативного вмешательства при мультипортовой холецистэктомии была меньше, но статистическая значимость отмечена не была. Различий в частоте регистрации послеоперационных осложнений также отмечено не было [16].

Первые роботизированные хирургические системы были разработаны в середине 1980-х годов, однако тогда роботизированная платформа не получила широкого распространения до тех пор, пока телехирургическая роботизированная система da Vinci® (Intuitive Surgical, Саннивейл, Калифорния, США) не была одобрена FDA в 2000 году. Преимущества роботизированной хирургии по сравнению с традиционной лапароскопической хирургией включают в себя трехмерную

видеоплатформу, более универсальный инструмент с 7, а не 4 степенями движения, а также лучший эргономичный дизайн для хирургов [17]. Некоторые авторы в своих работах демонстрируют большую продолжительность оперативного вмешательства при роботизированной методике, однако данный факт, по их мнению, может быть устранен непрерывным выполнением достаточного количества холецистэктомий и совершенствованием хирургами своих навыков [18].

В целом, выбор тактики ведения пациентов с ЖКБ определяется рядом факторов: клинической характеристикой пациента, данными объективных методов исследования, соматическим статусом, наличием или отсутствием осложнений (например, холедохолитиаз), оснащением медицинского центра, специализацией оперирующего хирурга.

Несмотря на то, что существует достаточное количество альтернативных методов лечения пациен-

тов с ЖКБ (консервативная литотрипсия, чрезкожная ударно-волновая литотрипсия), большинство авторов сходятся во мнении, что только хирургическая тактика ведения больных позволит радикально решить вопрос обострений и предотвратить развитие жизнеугрожающих осложнений (разрыв желчного пузыря, перитонит, рак желчного пузыря).

ВЫВОД

Эволюция хирургического ведения пациентов с ЖКБ от «открытых» методик до минимально инвазивных является закономерным следствием технического прогресса, внедрения новых роботизированных платформ, желанием оперирующих хирургов получать новые знания и постоянно совершенствовать существующие навыки. Выполнение дальнейших исследований и анализ результатов минимально инвазивной хирургии с применением роботизированной методики является перспективным направлением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Селезнева Э.Я. Алгоритм диагностики и лечения желчнокаменной болезни / Э.Я. Селезнева, Е.В. Быстровская, Ю.Н. Орлова и др. // Русский медицинский журнал. — 2015. — № 13. — С. 730–737
2. Вахрушев Я.М. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Я.М. Вахрушев, Н.А. Хохлачева // Архив внутренней медицины. — 2016. — Т. 29, № 3. — С. 30–35
3. Ibrahim M. Gallstones: Watch and wait, or intervene? / M. Ibrahim, S. Sarvepalli, G. Morris-Stiff et al. // Cleveland Clinic Journal of medicine. — 2018. — Vol. 85, № 4. — P. 323–331
4. Подолужный В.И. Осложнения желчнокаменной болезни / В.И. Подолужный // Фундаментальная и клиническая медицина. — 2017. — № 1. — С. 102–114
5. Баталова Ю.С. Современные лапароскопические технологии при лечении желчнокаменной болезни / Ю.С. Баталова, О.Б. Нузова // Оренбургский медицинский вестник. — 2015. — Т. 12, № 4. — С. 61–67.
6. Шумкина Л.В. Хирургия единого лапароскопического доступа: современные тенденции в лечении холецистита / Л.В. Шумкина, Ю.Г. Старков // Эндоскопическая хирургия. — 2014. — № 1. — С. 58–61.
7. Старков Ю.Г. Исторические аспекты и современное состояние хирургии единого доступа / Ю.Г. Старков, К.В. Шишин, И.Ю. Недолужко и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2012. — № 9. — С. 90–93.
8. Ивашкин В.Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, Е.К. Баранская // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2016. — № 3. — С. 64–80
9. Agha R.A. The SCARE2018 statement: updating consensus surgical Case report (SCARE) guidelines / R.A. Agha, M.R. Borrelli, R. Farwana et al // Int. J. Surg. 2018;60:132–136.
10. Taki-Eldin A. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in patients with gallstone disease at a secondary level care hospital / A. Taki-Eldin, A.E. Badawy // Arq Bras Cir Dig. — 2018. — Vol. 31, № 1. — P. e1347.
11. Rydbeck D. Health-Related Quality-of-Life in a cohort undergoing cholecystectomy / D. Rydbeck, B. Anesten, T. Barje et al // Annals of Medicine and Surgery. — 2015. — Vol. 4, № 1. — P. 22–25.
12. Igwe P.O. Laparoscopic cholecystectomy for giant gall stone: Report of two cases / P.O. Igwe, O.N. Diri // Int J Surg Case Rep. — 2020. — № 67. — P. 207–210.
13. Можаровский В.В. Однопортовая холецистэктомия — за и против (с комментарием) / Можаровский В.В., Мишарин В.М., Цыганов А.А. и др. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2016. — № 6. — С. 50–54.
14. Hernandez J.M. Laparoendoscopic single site cholecystectomy: the first 100 patients / Hernandez J.M., Morton C.A., Ross S. et al. // Am. Surg. — 2009. — Vol. 75. — P. 681–685.
15. Seeliger B. Enabling single-site laparoscopy: the SPORT platform / B. Seeliger, M. Diana, J.P. Ruurda et al. // Surg Endosc. — 2019. — № 33. — P. 3696–3703
16. Geng L. Single incision versus conventional laparoscopic cholecystectomy outcomes: a meta-analysis of randomized controlled trials / L. Geng, C. Sun, J. Bai // J. PLoS One. — 2013. — Vol. 8, № 10. — P. 1–10.

17. Zaman J.A. The emerging role for robotics in cholecystectomy: the dawn of a new era? / J.A. Zaman, T.P. Singh // Hepatobiliary Surg Nutr. — 2018. — Vol. 7, № 1. — P. 21–28.
18. Lee G.I. Robotic cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy: single institution experience in Korea / G.I. Lee, N.H. Baek, K.S. Yoo et al // The 38th Congress of the Korean Association of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. Jeju, Korea. Seoul: Korean Association of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. — 2013, p. 182–183.

© Габаева Карина Казбековна (karina-gabaeva@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова