

мелких печёночных протоков правой доли печени. Извлечь эндоскопически его не удалось. При контрастировании желчных протоков и выполнении МРТ-холангиографии визуализировать инородное тело не удавалось. В двух случаях контрольная холангиоскопия выполнена с целью промывания протоков и оценки просвета после эндоскопической папиллосфинктеротомии с литотрипсией конкрементов.

Выводы. Таким образом, холедохоскопия с помощью системы SpyGlass – перспективный метод в диагностике и лечении хирургической патологии билиарного дерева.

ПРОБЛЕМНЫЕ И ДИСКУТАБЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Гарелик П. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Введение. Попытки систематизации (группировки, объединения, расчленения) многих явлений, происходящих в природе, в том числе и болезней, известны с давних времен. Любая классификация в определенной степени является условной, несмотря на это ее необходимость состоит в определении единой тактики в интерпретации патогенеза заболевания, в выработке единого алгоритма диагностики и лечения.

Впервые классификация холецистита была предложена Керг в 1907 г. В последующем она совершенствовалась и дополнялась (С. П. Федоров, 1918; В. В. Виноградов, 1976; В. С. Савельев, 1996 и др.). В Беларуси в советское время была популярной классификация холецистита, предложенная Л. В. Авдеем в 1963 г. Имеется Международная классификация болезней (МКБ-10), в которой подразделение холецистита идет под рубрикой К-81. Однако и она не является универсальной, так как не отражает все формы холецистита, встречающегося на практике.

Цель: на основании анализа большого клинического материала сделать попытку создать классификацию холецистита, которая бы максимально учитывала все формы заболевания, и на ее основе можно было бы строить тактику его лечения.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты диагностики и лечения 6828 пациентов, находившихся на лечении в клинике за последние 20 лет (1998-2017 гг.) с разными формами холецистита. Мужчин было 845, женщин – 5983 в возрасте от 18 до 96 лет. Оперативному лечению подвергнуты 5951 чел., консервативно лечились 877 пациентов. По поводу хронического калькулезного холецистита оперированы 5250 чел. (90,3%), по поводу острого холецистита – 701 (9,7%). У 165 чел. наряду с камнями в желчном пузыре имелся холедохолитиаз. Основной операцией при всех формах холецистита была ЛХЭК, которая в 1998 г. выполнена у 80,6% пациентов, в 2017 г. – у 98,8% пациентов. При холедохолитиазе дополнительно производилась эндоскопическая или открытая коррекция желчеоттока.

Результаты и обсуждение. Анализ литературных данных, проведенных научных исследований и опыта лечения нескольких тысяч пациентов позволяет нам представить свое видение классификации холецистита. Он подразделяется: в зависимости от возбудителя – микробный, вирусный, паразитарный, ферментативный, немикробный (асептический); в зависимости от патогенеза – калькулезный, бескаменный; по клиническому течению – острый, хронический; хронический холецистит подразделяется на первичный, резидуальный, рецидивирующий. По морфологическим изменениям: острый-катаральный, флегмонозный, гангренозный. Последние две формы могут быть с прободением или без него. Хронический холецистит – катаральный (простой), склерозирующий, гнойный. Осложнения холецистита: водянка желчного пузыря, эмпиема желчного пузыря, перивезикальный инфильтрат, перивезикальный абсцесс, перитонит (желчный, гнойный), гнойный холангит, механическая желтуха, желчные свищи, острый панкреатит.

Предлагаемая нами классификация холецистита и его осложнений не является универсальной. В других известных

классификациях излагаются иные формы заболевания, которые могут быть дискуссионными, находят поддержку практикующих хирургов или, наоборот, отвергаться. Могут обсуждаться и находить разную трактовку следующие проблемные вопросы: подострый холецистит (или это стадия развития острого холецистита), обострение хронического, обтурационный холецистит, холецистопанкреатит (это самостоятельная форма или осложнение, когда холецистит – причина развития панкреатита).

Недостаточно изучена «сосудистая» теория возникновения холецистита. А ведь нарушение кровоснабжения желчного пузыря с угнетением микроциркуляции в его системе может привести к гангрене желчного пузыря. Сколько раз хирурги во время лапароскопической холецистэктомии не находили и не клипировали пузырную артерию?..

Как трактовать так называемый бессимптомный калькулезный холецистит? Или это камненосительство, не требующее лечения? Какой выставлять диагноз, если клиники желчнокаменной болезни нет, а на УЗИ находят камни в желчном пузыре? Удалять такой пузырь или нет? Можно по-разному относиться к гнойному холециститу – это острая или хроническая форма заболевания? Как трактовать так называемый «стерильный гнойный холецистит»?

Выводы. Предлагаемая нами классификация холецистита и его осложнений я открыта для дополнений и изменений. Очевидно, что привнесение новых знаний о данном заболевании позволит ее усовершенствовать, дополнить новыми понятиями и критериями, которые будут отражать реальную действительность.