

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Баймаков С.Р., Жанибеков Ш.Ш., Юнусов С.Ш., Болтаев Ш.Ш.,

Ташкентский государственный стоматологический институт 100000 Узбекистан, г. Ташкент, ул. Махтумкули, 103.

✓ Резюме

Цель улучшение результатов лечения осложнённых форм острого калькулезного холецистита путём совершенствования хирургической тактики.

Материал и методы. Исследование основано на результатах хирургического лечения 467 больных с осложненными формами ОЖХ, произведенных с 2016 до 2019 г. в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии.

Осложнения острого холецистита в 20 (4,3%) случаях было установлено интраоперационно, у 5 из которых выявили околопузырный абсцесс, у 3 - синдром Мирризи I и 12 - перивезикальный инфильтрат которые не были диагностированы до операции.

Ключевые слова: острый осложнённый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия.

IMPROVEMENT OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS

Baimakov S.R., Janibekov Sh.Sh., Yunusov S.Sh., Boltaev Sh.Sh.,

Tashkent State Dental Institute, Department of Surgery and Military Field Surgery 100000 Uzbekistan, Tashkent, st. Makhtumkuli, 103.

✓ Resume

The aim is to improve the results of treatment of complicated forms of acute calculous cholecystitis by improving surgical tactics.

Material and methods. The study is based on the results of surgical treatment of 467 patients with complicated forms of ACC, performed from 2016 to 2019 at the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy.

Complications of acute cholecystitis in 20 (4.3%) cases were established intraoperatively, in 5 of which a perivesicular abscess was detected, in 3 - Mirrissi syndrome I and 12 - perivesical infiltrate, which were not diagnosed before surgery.

Key words: acute complicated cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy.

ЎТКИР КАЛЬКУЛЕЗ ХОЛЕЦИСТИТ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ЯХШИЛАШ

Баймаков С.Р., Жанибеков Ш.Ш., Юнусов С.Ш., Болтаев Ш.Ш.,

Тошкент Давлат стоматология институти.

✓ Резюме

Бугунги кунда консерватив ва хирургик даволашда муваффақиятли натижаларга эришилганига қармасдан ўткир тошли холецистит ургент хирургияда ўткир панкреатитдан кейин иккинчи ўринни эгаллайди ва муҳимлиги бўйича ҳали ҳам ўз аҳамиятини йўқотгани йўқ. Операциядан кейинги ўлим даражаси бўйича ўткир тошли холецистит ўткир панкреатит, ўткир ичак тутилиши ва ошқозон-ичак трактидан қон кетишдан кейинги тўртинчи ўринни эгаллаб турибди.

Калит сўзлар: ўткир асоратланган холецистит, лапароскопик холецистэктомия.

Актуальность

Проблема лечения больных острого калькулезного холецистита (ОЖХ) в настоящее время стала очень актуальной и является одной из наиболее распространенных заболеваний XXI века. Причиной является увеличение числа больных с данной патологией, а также широкое внедрение в последнее время современных неинвазивных методов диагностики, а именно, ультразвуковое исследование, компьютерная томография и магнитно-резонансная холангиография. По данным зарубежных исследований, 10% жителей земного шара являются камненосителями (В.И.Полдунжый 2015 год Россия).

В 95% случаев ОЖХ развивается при обтурации камнем шейки пузыря или пузырного протока. Среди

других причин развития острого холецистита - бактериальная инфекция, тромбоз пузырной артерии, застой желчи в пузыре, ретроградный заброс в желчный пузырь панкреатического секрета [2,5]. В Республике Узбекистан ежегодно с ОЖХ оперируются более 9000 больных [5], а на долю осложненных форм приходится 25-30%.

Развитие неинвазивных и миниинвазивных методов диагностики гепатопанкреатобилиарной зоны, таких как УЗИ, ЭндоУЗИ, позволяющих на предоперационном этапе оценить степень выраженности воспалительного процесса в этой области и выбрать наиболее благоприятный метод лечения - консервативный или оперативный, а при необходимости операции - выбрать оптимальный оперативный доступ [10]. Информативность УЗИ в определении осложнения и

степени деструкции желчного пузыря оценивается в 93,1-98,4 % [9].

Основным осложнением ЖКБ, считается развитие острого холецистита, который наблюдается более чем у 90% больных, но наиболее грозным осложнением по праву считается возникновение обтурационного холедохолитиаза, что приводит к развитию механической желтухи, холангиту, который встречается в 10-35% случаев. В ряде случаев эти два осложнения присутствуют у одного и того же пациента [11]. Традиционная холецистостомия более травматична, но позволяет удалить конкременты из желчного пузыря, а если после этого произвести мукоклазию и облитерацию его полости, то дренирующая операция становится "радикальной" для пациентов с тяжелой соматической патологией [12]. Для разрешения холедохолитиаза применяется традиционная эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ). Как известно ЭПТ, при несомненности ее эффективности, чревата развитием ряда тяжелых осложнений, а в 10-15% случаев ее выполнение не представляется возможным по целому ряду причин: интрадивертикулярное расположение большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), папиллярные аденомы БСДК, а также его анатомическими особенностями [11]. В таких случаях следует отказаться от ЭПТ и прибегнуть к другим более безопасным методам разрешения холедохолитиаза [6].

До середины 90-х годов XX века общепринятым методом хирургического лечения ОКХ была традиционная, т.е. открытая холецистэктомия. Хирургическое лечение ЖКБ проводится уже более 100 лет, когда холецистэктомия впервые была предложена и успешно выполнена Лангенбухом в 1882 в Берлине. В отношении лечения ОКХ хирурги придерживались выжидательной тактики и прибегали к экстренной операции лишь при развитии деструкции стенки желчного пузыря и вовлечении в процесс брюшины с развитием перитонита, или при развитии эмпиемы желчного пузыря, что приводило к значительному ухудшению состояния больных, отягощению прогноза для выздоровления и увеличивало сроки восстановления трудоспособности. Подобное промедление с клинически обоснованным хирургическим вмешательством частично объяснялось невозможностью получения точной информации о выраженности воспалительного процесса в области желчного пузыря, состоянии его стенки и околопузырной клетчатки. Кроме того, применение только консервативного лечения ОКХ часто сглаживало клиническую картину прогрессирующего воспалительного, деструктивного процесса в стенке желчного пузыря, создавая видимость мнимого благополучия [11]. ТХЭК, выполненная через широкий лапаротомный доступ имеет определенный ряд недостатков, связанных с вскрытием брюшной полости, травматическим воздействием на брюшину зажимами, крючками, зеркалами, воздействием на брюшину сухого воздуха операционной, попаданием в брюшину агрессивных химических веществ, например, спирта [12]. Такой внушительный перечень недостатков в большинстве случаев нивелирует один из основных положительных моментов такого доступа - удобный обзор всей брюшной полости.

Новые перспективы в хирургическом лечении пациентов с ОКХ появились благодаря внедрению операции лапароскопическая холецистэктомия (Филипп

Мюре 1981 г.). Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в отличие от традиционной позволяет выполнить весь комплекс необходимых манипуляций с желчным пузырем, и в то же время отличается малой травматичностью, хорошим косметическим эффектом, меньшим процентом послеоперационных осложнений [6].

На сегодняшний день существует множество тактических подходов к лечению острого холецистита: выжидательный, активно-выжидательный, активно-избирательный, активный (В.И.Подолужный, 2015 г.).

Частота осложнений после ЛХЭ при остром калькулезном холецистите составляет 8%, а при его осложненном течении этот показатель достигает 23,6% [9]. Послеоперационные осложнения среди пациентов с ОКХ в возрасте 56-60 лет составляет 3,1-6,2% то этот показатель в возрасте 70 лет и более увеличивается до 40% [11]. Частота интраоперационных осложнений при осложненном течении заболевания варьирует от 2,9% до 4,6% [2]. В гериатрии значимость проблемы, помимо имеющегося роста заболеваемости, обусловлена и высокой летальностью - от 2 до 50%, особенно в старческом возрасте [12].

Выбор оперативного доступа при ОКХ сложен и заключается в том, что клиническая картина и данные лабораторной диагностики в ряде случаев не позволяют судить о степени выраженности воспалительных изменений в желчном пузыре и перивезикальной клетчатке, значительное затруднение вызывает пожилой возраст пациентов, когда клиническая картина часто маскируется. Так, стандартные лабораторные методики, такие как общий анализ крови, мочи, уровень лейкоцитов, СОЭ, могут дать как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты. Это может привести к трудностям в диагностике и появлению осложнений - некрозу стенки желчного пузыря и развитию перитонита.

Наша хирургическая клиника (Многопрофильная клиника Ташкентской медицинской академии) отдает предпочтение активно-избирательной хирургической тактике.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита путём совершенствования хирургической тактики.

Материал и методы

Исследование основано на результатах хирургического лечения 467 больных с осложненными формами ОКХ, произведенных с 2016 до 2019 г. в многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии.

Мужчин было 72 (15,4%), женщин - 395 (84,6%). Возраст больных колебался от 21 до 84 лет. Длительность острого периода заболевания варьировала от 3 до 5 суток. Общая продолжительность заболевания составило от 4 до 7 суток. В контрольную группу входили 113 больных, которым выполнялось традиционная холецистэктомия (ТХЭК) в результате отсутствия эффекта от консервативной терапии в течении 48 часов (голод, спазмолитики, антибиотикотерапия), в основную группу входили 354 пациента, из которых 198 пациентам (первая подгруппа основной группы) лапароскопическая холецистэктомия выполнялось в первые 10 дней от начала заболевания, 156 пациен-

там (вторая подгруппа основной группы) лапароскопическая холецистэктомия выполнялась на 2-6 неделю от начала заболевания, учитывая эффект консервативной терапии. У 337 (72,2%) больных были диагностированы различные сопутствующие заболевания жизненно важных органов: ИБС, гипертоническая болезнь II и III ст., ХОБЛ, ожирение III и IV степени и сахарный диабет.

Удаленный желчный пузырь соответствовал различным формам согласно классификации Современная патоморфологическая классификация по ВОЗ [1].

Всем больным в контрольной группе и в обеих подгруппах основной группы, при ОКХ, осложненный холедохолитиазом, лечение проводилось в двух этапах. На первом этапе выполнялось ЭПСТ, а на втором этапе соответственно ТХЭК или ЛХЭК. В контрольной группе (0,64%) пациентам выполнена ЭПСТ с низведением конкрементов, в первой подгруппе основной группы (3,65%) пациентам выполнена ЭПСТ и во второй подгруппе основной группы (2,15%) пациентам выполнена ЭПСТ на первом этапе лечения. Осложнений после проведенного ЭПСТ ни в конт-

рольной группе, ни в обеих подгруппах основной группы не отмечалось.

В первой подгруппе основной группы в 7 случаях выполнена конверсия, в связи с выраженным спаечным процессом из-за ранее перенесенных операции на органах брюшной полости. Интраоперационное кровотечение (из пузырьной артерии) отмечалось у 5 больных (1,1%), которое остановлено лапароскопическим путем. Во второй подгруппе основной группы 36 пациентам выполнена конверсия, в связи с интраоперационными осложнениями, которые в основном были связаны с выраженным инфильтративным процессом в области печеночно-двенадцатиперстной связи, а также диффузным кровотечением из ложа желчного пузыря. Распределение пациентов с ОКХ по характеру анатомического расположения и патоморфологических изменений желчного пузыря представлено в таблицах 1.1 и 1.2.

В послеоперационном периоде внебрюшинные осложнения отмечены у 14 (3%) больных (после операционная пневмония у 3 больных, ТЭЛА у 2 больных, острый инфаркт миокарда 3 больных, обострение хронического бронхита у 6 больных).

Таблица 1.1

Распределение пациентов по анатомическому расположению и патоморфологическому изменению желчного пузыря

Характер анатомического расположения желчного пузыря (ж/п)	ТХЭК		ЛХЭК		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Частичное интрапаренхиматозное расположение ж/п	179	38,28	207	44,3	386	82,58
Полностью интрапаренхиматозное расположение ж/п	30	6,42	51	11	81	17,42
Всего	209	44,7	258	55,3	467	100

Таблица 1.2

Характер патоморфологического изменения желчного пузыря (ж/п)	ТХЭК		ЛХЭК		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Флегмонозный	80	16,6	30	6,4	110	2,3
Гангренозный	50	10,4	20	4,2	70	1,46
Паравезикальный инфильтрат	18	3,8	6	1,3	24	5,1
Паравезикальный абсцесс	5	1,1	0	0	5	1,1
Синдром Мирризи I тип	3	0,64	0	0	3	0,64
Всего	136	32,54	56	11,9	186	44,44

Частота осложнений после холецистэктомии при осложненном течении заболевания развилась у 119

(23,38%) больных. Характер осложнений при ОКХ представлен в таблице 2.

Таблиц 2

Характер осложнений при ОКХ

№	Осложнения	ЛХЭК	ТХЭК	ВСЕГО, %
1	Водянка желчного пузыря	11 (2,3%)	20(4,3%)	31 (6,6%)
2	Эмпиема желчного пузыря	6 (1,3%)	9 (1,9%)	15 (3,2%)
3	Синдром Мирризи I	--	3 (0,64%)	3(0,64%)
4	Холедохолитиаз и механическая желтуха	17 (3,65)	13(2,79%)	30 (6,44%)
5	Околопузырный абсцесс	--	5 (1,1%)	5 (1,1%)
6	Перивезикальный инфильтрат	6 (1,3%)	18 (3,8)	24 (5,1%)
7	Ограниченный перитонит	3 (0,64%)	8 (1,66%)	11
	Всего	43(8,19)	76(15,19)	119(23,38)

Из таблицы следует, что наиболее частыми осложнениями калькулезного холецистита были механическая желтуха и перивезикулярный инфильтрат и водянка желчного пузыря.

Всем больным было выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и гепатодуоденальной зоны, 17 больным по показаниям диагностическая лапароскопия. Лапароскопические вмешательства выполнялись в условиях напряженного (10-15мм.рт.ст.) пневмоперитонеума и троакары вводились в стандартных точках. Затем проводилась ревизия органов брюшной полости, в том числе "критической" зоны (печень, желчный пузырь, печеночно-двенадцатиперстная связка). Основным этапом операции собственно холецистэктомия - как правило, выполнялся по методике "от шейки". При наличии выраженных рубцовых сращений между печенью и желчным пузырём, а также выраженного адгезивного процесса в области треугольника Кало, когда было очень трудно различить анатомические структуры, мы прибегали к выполнению нестандартных вариантов ЛХЭ, которые применены у 8 больных. При этом ЛХЭ от дна проведено 5 и по Прибраму - у 3 пациентов. При этом дренирование общего желчного протока по А.В. Вишневному - у 13 (14,4 %) и холедоходуоденостомия у 4 (4,4%) больных.

Результат и обсуждение

Осложнения острого холецистита в 20 (4,3%) случаях было установлено интраоперационно, у 5 из которых выявили околопузырный абсцесс, у 3 - синдром Мирризи I и 12 - перивезикальный инфильтрат которые не были диагностированы до операции. У 3 больных по данным УЗИ были установлены признаки холедохолитиаза, но после проведения МР-холангиографии конкремент в холедохе не обнаружен. Из 20 больных, которым была проведена МР-холангиография, у 17 пациентов обнаружена патология холедоха. К специфическим интраоперационным осложнениям лапароскопической холецистэктомии - относят кровотечение из пузырной артерии и её ветвей, повреждение элементов гепатодуоденальной связки. Среди наших больных интраоперационное кровотечение отмечалось у двух больных первой и у одного больного второй группы (3,33%). Важным критерием эффективности миниинвазивных методов операции является показатель конверсии на открытый доступ. У оперированных нами больных конверсия потребовалась у 43 (9,2%) пациентов, причиной которой явились выраженный инфильтрат и спаечный процесс в области шейки желчного пузыря. В послеоперационном периоде внебрюшинные осложнения отмечены у 14 (3%) больных, при этом у 6 (1,3%) больных нагноение послеоперационной раны эпигастральной области. Среди больных, которые подвергнуты ХЭК, осложнения развились у 12 (2,22%) больных: в одном наблюдении желчеистечение, которое на 3-и сутки после операции прекратилось без проведения повторного вмешательства, а в 10 - нагноение послеоперационной раны. Таким образом, частота осложнений после холецистэктомии при осложнённом течении заболевания развилась у 28 (6%) больных. Миниинвазивные методы в послеоперационном периоде позволили снизить показатель частоты осложнений с 23,4% до 8,2% и летальность - с 18 % до 3%.

Выводы

1. Лапароскопическая холецистэктомия при осложнённых формах острого холецистита является выполнимым и относительно безопасным вмешательством.
2. Лапароскопическая холецистэктомия при деструктивных формах острого холецистита является возможным и эффективным методом операции и может широко использоваться.
3. У больных с острым калькулезным холециститом, осложнённым холедохолитиазом наиболее эффективна двухэтапное лечение, на первом этапе выполнение ЭПСТ, на втором этапе лапароскопическая холецистэктомия.
4. Встречаемость послеоперационных осложнений и летальности при ЛХЭК ниже, чем при ТХЭК.
5. Лапароскопическая холецистэктомия выполненная на ранних сроках благоприятно сказывается на выполнении операции, снижает количество койко-дней в 2 раза, реабилитационный период, осложнения и летальность, в сравнении с лапароскопической холецистэктомией в поздние сроки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бородач В.А. Хирургическое лечение деструктивных форм острого холецистита у больных старше 80 лет // *Анналы хирургической гепатологии*, 2013, том 18, № 4.
2. Власов А.П., Болотских В.А. Патогенетические основы эффективности миниинвазивных вмешательств в неотложной хирургии. // *RUDN Journal of MEDICINE* 2019 Vol. 23 No. 2 156-167.
3. Гарипов Р.М., Саргсян А.М. Пути снижения неудовлетворительных результатов после холецистэктомии. Роль международной римской классификации при отборе больных на хирургическое лечение // *Журнал: Непрерывное медицинское образование и наука*. 2015 г. № 3. г. Уфа С 68-69.
4. Гурцкая Л.З., Коханенко Н. Ю. Результаты лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста с учетом факторов риска ишемической болезни сердца // *Медицина и организация здравоохранения* том 3, №4, 2018. ISSN 2658-4212.
5. Далаев Ш.А., Ахмедов М.М. Лечение больных с острым калькулезным холециститом // *Журнал: Непрерывное медицинское образование и наука*. 2015 г. № 3. Ташкент, Узбекистан. С 71-74.
6. Дешук А.Н., Жданович Р.Г., Козлова В.В. Острый калькулезный холецистит: современные возможности хирургического лечения. Современные достижения молодых ученых в медицине. г. Гродно. 2019, ноябрь. С. 81-84.
7. Капшитарь А.В. Технические возможности выполнения холецистэктомии из минидоступа у больных острым холециститом, осложненным околопузырным инфильтратом // *Непрерывное медицинское образование и наука*. 2015 г. № 3. г. Запорожье, Украина. С 71-74.
8. Курбаниязов З. Б. Хирургическое лечение больных деструктивным холециститом // *Непрерывное медицинское образование и наука*. 2015 г. № 3. г. Самарканд, Узбекистан. С 96-99.
9. Косаева С.Б. Аймагамбетов М.Ж. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет // *Обзор литературы. "Клиническая медицина"* 2018 г.
10. Махмадов Ф.И., Каримов П.Ш. Результаты неотложной лапароскопической холецистэктомии у больных с высоким операционным риском // *Клиническая медицина* 2019, № 3, стр. 166-172.
11. Махмадов Ф.И., Каримов П.Ш., Мербегиёв Дж., Махмадиёров Х.Ш. К вопросу о холецистэктомии при остром калькулезном холецистите у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском. *Вестн. Акад. Мед. наук Таджикистана*. 2019. Т. 9, № 1. С. 40-46.
12. Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Полянский М.Б., Квачаия Л.Л., Маслова Я.В., Канищев Ю.В. Пути оптимизации хирургического лечения больных ЖКБ и её осложнениях у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском. *Journal of experimental and clinical surgery*. 2019. Том 12, №1. С. 23-28.
13. Натрошвили И.Г., Прудков М.И. Насколько активной должна быть хирургическая тактика лечения больных с острым холециститом? // *Вестник РУДН. Серия: МЕДИЦИНА* 2019 Vol. 23 No. 2 156-167.
14. Савельев В.С. Неотложная хирургия органов брюшной полости // *Москва медицина* 2011г. С. 178-185.
15. Шмаков Д.А., Шербатых А.В., Соколова С.В., Толкачев К.С. Дифференциальный подход к выбору оперативного доступа при калькулезном холецистите. *Сибирское медицинское обозрение*. 2020. №1. С. 66-72.

Поступила 09.09. 2020