

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кенжаев Л.Р., Абдурахманов Ш.М., Ганиев А.А., Ганжиёв Ф.Х., Эгамов У.М.,

Бухарский филиал РНЦЭМП.

✓ Резюме

Изучены результаты хирургического лечения 352 пациентов с острым деструктивным холециститом. I группу составили 178 (50,6%) больных, у которых проведена операция - лапароскопическая холецистэктомия первые 24 часов от момента заболевания, II группу - 102 (28,9%) больных, которые оперированы спустя 24-72 часа от момента заболевания. В III группу вошли 72 (20,5%) больных, оперированные в отсроченном порядке, после проведения курса консервативной терапии. Указаны показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии при деструктивном холецистите. Полученные данные свидетельствуют о том, что наилучшие результаты были у больных, оперированных до 24 часов от момента госпитализации. Самые неблагоприятные результаты получены у больных, оперированных спустя 48-72 часов от момента госпитализации.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, больные с деструктивным холециститом

О‘TKIR DESTRUKTIV XOLETSISTITLI BEMORLARDA LAPAROSKOPIK XOLETSISTEKTOMIYA QILISH TAKTIKASI

Kenjaev L.R., Abduraxmanov Sh.M., Ganiyev A.A., Ganjiyev F.X., Egamov O.M.,

RShTYoIM Buxoro filiali.

✓ Rezyume

O‘tkir destruktiv xoletsistit bilan kasallangan 352 bemorni jarrohlik davolash natijalari o‘rganildi. I guruhga operatsiyani boshdan kechirgan 178 (50,6%) bemor - laparoskopik xoletsistektomiya, kasallangan paytdan boshlab dastlabki 24 soat ichida, II guruh - 102 (28,9%) kasal bo‘lgan paytdan boshlab 24-72 soat o‘tgach operatsiya qilingan bemorlar kiradi. III guruhga konservativ terapiya kursidan keyin kechiktirilgan operatsiya qilingan 72 (20,5%) bemor kirdi. Destruktiv xoletsistit holatida laparoskopik xoletsistektomiya uchun ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar ko‘rsatilgan. Olingan ma‘lumotlar eng yaxshi natijalar kasalxonaga yotqizilganidan keyin 24 soat ichida operatsiya qilingan bemorlarda bo‘lganligini ko‘rsatadi. Eng yomon natijalar kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 48-72 soatdan keyin operatsiya qilingan bemorlarda olingan.

Kalit so‘zlar: o‘tkir destruktiv xoletsistit, laparoskopik xoletsistektomiya, taktika.

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS

Kenjaev L.R., Abdurakhmanov Sh.M., Ganiyev A.A., Ganjiyev F.X., Egamov U.M.,

Bukhara branch of RSCMP.

✓ Resume

The results of surgical treatment of 352 patients with acute destructive cholecystitis were studied. Group I consisted of 178 (50.6%) patients who underwent surgery - laparoscopic cholecystectomy in the first 24 hours from the moment of illness, Group II - 102 (28.9%) patients who were operated on 24-72 hours after the moment of illness. Group III included 72 (20.5%) patients, operated on a delayed basis, after a course of conservative therapy. Indications and contraindications for laparoscopic cholecystectomy in case of destructive cholecystitis are indicated. The data obtained indicate that the best results were in patients operated on within 24 hours of hospitalization. The most unfavorable results were obtained in patients operated on after 48-72 hours from the moment of hospitalization.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, patients with destructive cholecystitis.

Актуальность

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время стала "золотым стандартом" в лечении заболеваний желчного пузыря. Быстрое восстановление больных после ЛХЭ было обусловлено малыми размерами операционных ран, уменьшением количества осложнений и ранней активизацией больных. По мере накопления опыта хирургов показания к ЛХЭ стали постепенно расширяться. Сейчас ЛХЭ технически выполнима у большинства больных с острым холециститом и его осложнениями. Трудности могут быть обусловлены выраженным спаечным процессом желчно-

го пузыря с окружающими органами и трудностями идентификации.

Однако, несмотря на значительное уменьшение противопоказаний к проведению лапароскопической холецистэктомии, сохраняется большое количество интра - и послеоперационных осложнений (1,2,5.)

Одним из главных ограничений, которое существует и по сегодняшний день, являются сроки от момента заболевания. Так, по мнению ряда авторов (2,3,4,6) оптимальным сроком для выполнения лапароскопической холецистэктомии являются первые 24 часа от начала заболевания (1,2,7).

При возникновении интраоперационных осложнений осуществляют переход на открытую операцию

исследования, проведенные Нечитайло (8,9) показали, что конверсия при лапароскопической холецистэктомии составляет в среднем 6,2% (3,4,6).

В Бухарском филиале Республиканского научно-го центра экстренной медицинской помощи за 2017 по 2019 год находились 352 больных с острым деструктивным холециститом, у которых выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Из 352 больных, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия, женщин было 78,9%, мужчин 21,1 %. Средний возраст больных составил 49 лет. Больных пожилого и старческого возраста, перенесших лапароскопическую холецистэктомию, было 26,5%.

В зависимости от сроков выполнения лапароскопической холецистэктомии (до 24 часов; от 28 до 72 часов; более 3 суток от момента заболевания), все больные были разделены на 3 группы.

В первую группу вошли 178 (50,6%) больных, которым лапароскопическая холецистэктомия была выполнена в срок до 24 часа с момента заболевания, и показанием к оперативному вмешательству послужило отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Во вторую группу, 102 (28,9%) больные, оперированные в срочном порядке у которых впервые 24-72 часа от момента заболевания сохранялась окклюзия желчного пузыря, независимо от клинической картины.

В третью группу вошли 72 (20,5%) больных, оперированные в отсроченном порядке, после проведения курса консервативной терапии.

Инструментальное обследование заключалось в обязательном выполнении электрокардиографии, рентгенографии грудной клетки, ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

Основное внимание уделено ультразвуковой и эндоскопической диагностикой.

УЗИ выполнено всем больным при поступлении. Выполняя ультразвуковое исследование, опираясь на современные данные литературы, определяли форму острого холецистита и его осложненные формы, выделяя определенные эхографические признаки.

При обнаружении вовремя УЗИ конкрементов в общем желчном протоке (холедохолитиаз), расширении холедоха, а также при наличии клинических и лабораторных признаков механической желтухи, выполняли эндоскопическую ретроградную панкреатикохолангиографию (ЭРХПГ), в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ).

Результат и обсуждения

Проведена оценка возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии, в зависимости от длительности заболевания. Определены сроки заболевания у больных, которым была произведена конверсия. Конверсии выполнялись 12 больным, из них 3 (0,9%) больным конверсия выполнено до 24 часов от момента заболевания, у 9 больных 24-72 часа от начала заболевания. Причиной конверсии явились в 9 (2,6%) случаях плотный инфильтрат в области треугольника Кало, в 1 случае кровотечение из пузырной артерии, в 2 х случаях синдром Миризи.

Таким образом, общепринятое положение о том, что оптимальными сроками для выполнения лапарос-

копической холецистэктомии являются первые 24 часа от начала заболевания, подтверждается и в нашем исследовании.

В первой группе оперированных вошли больные с длительностью заболевания к моменту операции: до 24 часа - 178 больных;

Из 178 больных, которым планировалась лапароскопическая холецистэктомия до истечения 24 часа от начала заболевания, лишь у 3 больных (1,7%) пришлось прибегнуть к переходу на открытую операцию. При этом перипузырный инфильтрат как причина конверсии был у 1 больного (0,6%). Данное положение свидетельствует о том, что сроки заболевания не являются решающим фактором в определении показаний и противопоказаний к выполнению лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите.

Гистологически подтверждено наличие катаральных 115 (64,6%) и 63 (35,4%) флегмонозных изменений в стенке желчного пузыря.

Во второй группе больных, оперированных в течение 24-72 часов по срочным показаниям, длительность заболевания не превышала 72 часа лишь у 102 (29,0%) больных. У 87 (85,3%) больных длительность заболевания составила около 48 часов, у 15 (14,7%) больных около 24 часа. Таким образом, больных оперированных в пределах 24 до 72 часов от начала заболевания было (29,0%)

Из форм острого холецистита представлены только флегмонозные и гангренозные. Флегмонозные формы выявлены у 78 (76,5%) больных, гангренозные у 24 (23,5%) больных.

Осложненные формы острого холецистита были представлены: перивезикальным абсцессом у 9 (8,8%) больных; инфильтратом, у 21 (20,6%) больных, при этом в 9 случаях инфильтрат явился причиной перехода на открытую операцию, а процент конверсий в данной группе составил 8,8%.

Послеоперационный период осложнился у 4 (3,9%) больных. Среди осложнений послеоперационного периода были: желчеистечение - 1 больной (прекратилось самостоятельно); инфильтрат в области ложа желчного пузыря - 1 больной (консервативные мероприятия нагноение послеоперационной (околопупочной раны) - 2 больных (лечение согласно общим принципам ведения гнойных ран).

В третьей группе больных, оперированных в отсроченном порядке, длительность заболевания превышала 72 часа.

В третью группу вошли 72 (20,5%) больных, оперированные в отсроченном порядке, после проведения курса консервативной терапии.

Катаральные формы острого холецистита не было. Флегмонозные изменения в стенке желчного пузыря были выявлены у 53 (73,6%) больных, гангренозные у 19 (26,4%) больных.

Перивезикальный абсцесс сочетался с гангренозной формой острого холецистита и был выявлен лишь у 13 (18,1%) больных.

Характер послеоперационных осложнений, которые возникли у 4 (5,6%) больных, был следующим. Желчеистечение - 1 больного (прекратилось самостоятельно); инфильтрат в области ложа желчного пузыря - 2 больных (консервативные мероприятия); нагноение послеоперационной (околопупочной) раны - 1 больного (лечение согласно общим принципам ведения гнойных ран).

Вывод

1. Полученные данные свидетельствуют о том, что наилучшие результаты были у больных, оперированных до 24 часа от момента заболевания (1-я группа).

2. Самые неблагоприятные результаты получены во 2-ой группе, у больных, оперированных на 24-72 часа от момента заболевания. Надо отметить, что у всех больных в этой группе операции носили "вынужденный" характер из-за неэффективности консервативного лечения и нарастания клинической картины заболевания.

3. В третьей группе больных также встречались осложненные формы острого холецистита, интра- и послеоперационные осложнения, однако их в два раза меньше, чем II группе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шапринский В.А., Ткаченко В.М., Ткаченко В.В. Лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої холедохолітказом з застосуванням малоінвазивних технологій // Шпитальна хірургія - 2002. - N 3. - С.21-23.

2. В.Н.Запорожан, В.В.Грубник, В.Ф.Саенко, М.Е.Ничитайло. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии. - Кичв "Здоров'я", 2000.-297с. Источник: <http://medolina.ru/>
3. Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П. и др. Технические особенности лапароскопической холецистэктомии и ее осложнения. С.-Пб., 2001. 186 с.
4. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии // Анналы хир. гепатол. 2000. Т. 5. N2. С. 103-104.
5. Голубев А.А., Еремеев А.Г., Волков С.В., Расул Ш.Х. Опыт пятилетнего выполнения лапароскопической холецистэктомии // Сборник трудов "Актуальные проблемы современной хирургии". С.-Пб., 2000. С. 44-46.
6. Гордовский Я., Стродс Я., Лиепиныш М. и др. Диагностика и лечение осложнений, возникших при лапароскопической холецистэктомии // Анналы хир. гепатол. 1999. Т.4. N2. С. 213-214.
7. Емельянов С.И., Евдошенко В.В., Феденко В.В., Матвеев Н.Л. Лапароскопическая хирургия острого холецистита // Эндоскоп. хир., 1995. N4. С. 17-22.
8. Ничитайло М.Е., Дяченко В.В., Скумс А.В. и др. Осложнения лапароскопической холецистэктомии // Анналы хир. гепатол. 1999. Т. 4. N2. С. 234.
9. Сендерович Е.И., Галимов О.В., Галлямов Э.А. и др. Структура осложнений при лапароскопических холецистэктомиях // Анналы хир. гепатол., 2000. Т. 5. N2. С. 136.

Поступила 09.11. 2020