



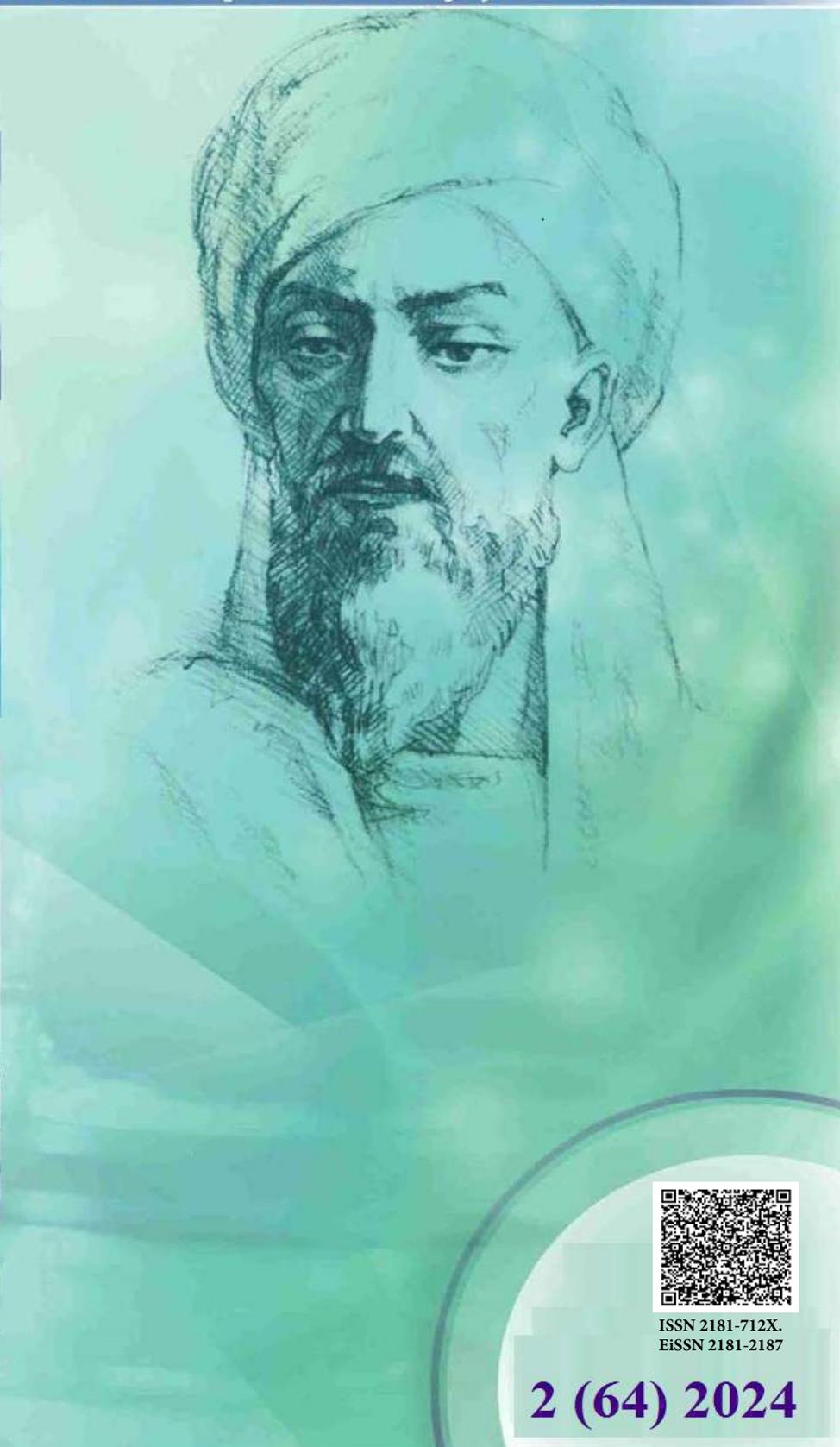
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (64) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (64)

2024

февраль

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2024, Accepted: 10.2.2024, Published: 20.02.2024

УДК 616.361-002-02:616.366-003.7-07-08

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Атаджанов Ш.К. <https://orcid.org/0000-0002-9310-1390>

Хахимов О.С. <https://orcid.org/0000-0001-8170-8323>

Курбонов Ш.П. <https://orcid.org/0000-0002-0869-6271>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

В данной статье авторами приведен анализ хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста. Авторами показано, эффективность разработанной лапароскопической холецистэктомии, что обеспечивает более короткой общей продолжительность сроков стационарного лечения и более низкие затраты на лечение по сравнению с другими лечебными стратегиями.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, лапароскопия, старческий возраст.

FEATURES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE DESTRUCTIVE CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN OLDER AGE GROUPS

Atadzhanov Sh.K., Khakimov O.S., Kurbonov Sh.P.

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1
Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Resume

In this article, the authors provide an analysis of the surgical treatment of acute cholecystitis in elderly and senile patients. The authors showed the effectiveness of the developed laparoscopic cholecystectomy, which provides a shorter overall duration of hospital treatment and lower treatment costs compared to other treatment strategies.

Key words: acute calculous cholecystitis, laparoscopy, old age.

KEKSA YOSHDAGI GURUHLARIDA O'TKIR DESTRUKTIV KAL'KULYOZ XOLESISTITDA LAPAROSKOPIK XOLESISTEKTOMIYANING XUSUSIYATLARI

Atadjanov Sh.K., Xakimov O.S., Kurbonov Sh.P.

Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1 Tel: (0-374) 223-94-60.
E.mail: info@adti

✓ Rezyume

Ushbu maqolada mualliflar keksa va keksa bemorlarda o'tkir xolesistitni jarrohlik davolash tahlilini taqdim etadilar. Mualliflar ishlab chiqilgan laparoskopik xolesistektomiya samaradorligini ko'rsatdi, bu boshqa davolash strategiyalari bilan solishtirganda kasalxonada davolanishning umumiy davomiyligini va davolash xarajatlarini kamaytirishni ta'minlaydi.

Kalit so'zlar: o'tkir kal'kulyoz xolesistit, laparoskopiya, qarilik.

Актуальность

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из распространенных заболеваний органов брюшной полости, частота которого по данным различных авторов, достигает до 16-20 % и имеет тенденцию к росту [3,5,7,10]. При этом проблема острого калькулезного холецистита (ОКХ) и его осложнений значительно возрастает у больных пожилого и старческого возраста с высоким операционно-анестезиологическим риском в связи с наличием тяжелой сопутствующей патологии обменного характера, нарушений сердечно-сосудистой и легочной системы [1,4,8,11,13]. Интенсивное развитие эндоскопической хирургии позволило по-новому взглянуть на проблему оперативного лечения больных острым обтурационным холециститом [1,2,9,12].

Таким образом, на сегодняшний день клинические исследования показали, что выполнение лапароскопических хирургических вмешательств у больных старшей возрастной группы с острым холециститом, могут обеспечить хорошие результаты с минимальным риском осложнений и летальных исходов в послеоперационном периоде и улучшить выживаемость больных.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения разработка при остром деструктивном холецистите у больных старших возрастных групп.

Материал и методы

В клинике хирургии АндГосМИ за период 2015 - 2022 гг. накоплен опыт более 800 традиционных и лапароскопических холецистэктомий. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 280 больных с острым деструктивным холециститом в возрасте от 18 до 76 лет. Среди больных женщины составили 90,5%, мужчины - 9,5%; возраст больных колебался от 18 до 77 лет.

Преимущественная часть больных (198.) поступила, из районных лечебных учреждений, в основном через 48-72 часа от начала заболевания и имела сопутствующие заболевания и их сочетания.

Поздние сроки госпитализации были во многом обусловлены недооценкой начальных проявлений заболевания не только самими пациентами, но и врачами скорой медицинской помощи.

При поступлении всем больным выполнялись ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), исследование биохимических показателей крови (билирубин, амилаза, мочевины, креатинин), глюкоза крови, группа крови, резус, коагулограмма.

На основании наличия и степени выраженности у больных тяжелых сопутствующих системных заболеваний общему статусу, степени тяжести сопутствующих заболеваний, а также риску хирургического вмешательства и анестезии больные были распределены по шкале, предложенной Американской ассоциацией анестезиологов (American Society of Anesthesiologists – ASA).

В работе изучена возможность уменьшения количества конверсий при выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у пациентов с острым деструктивным холециститом пожилого и старческого возраста в сложных технических случаях. Представлены результаты выполнения ЛХЭ у 63 больных пожилого возраста с деструктивными изменениями из 177 пациентов. Описывается методика выполнения операции. При лапароскопических операциях на желчном пузыре использовали эндохирургический комплекс и наборы операционных инструментов фирмы “Karl Storz” (Германия).

- класс I – пациенты, не имеющие системных заболеваний;
- класс II – пациенты с компенсированным системным заболеванием, не вносящим существенных ограничений в физическую активность;
- класс III – пациенты с системным заболеванием, которое ограничивает физическую или социальную активность, однако может быть компенсировано в результате лечения;
- класс IV – пациенты с декомпенсированным заболеванием, требующим постоянного приема лекарственных препаратов;
- класс V – пациенты, которые могут погибнуть в течение 24 ч вне зависимости от того, будет или не будет оказана им медицинская помощь.

В нашем исследовании класс риска анестезии ASA у больных всех групп варьировал от III до IV. У больных с риском анестезии III класса сопутствующие заболевания были компенсированы после предварительной краткосрочной предоперационной подготовки. У 82 (29,2%) пациентов общее состояние при поступлении было расценено как средней степени тяжести, 5 (%) больных находились в тяжелом состоянии и 12 (4,2%) - в крайне тяжелом.

Тяжелое и крайне тяжелое состояние больных было обусловлено выраженностью основного заболевания, а также тяжестью сопутствующих заболеваний.

Всем больным при поступлении в стационар выполнялось комплексное общеклиническое исследование. Наличие патологии со стороны желчного пузыря и желчных протоков диагностировали по данным клинической картины, лабораторных, ультразвуковых и эндоскопических методов. Прогнозирование течения патологического процесса и выбор метода лечения определяли по клинической картине, температурной реакции, показателям клинических и биохимических исследований, а самое главное - в зависимости от варианта ультразвуковой визуализации желчного пузыря.

Ультразвуковыми признаками ОХ явились утолщение стенок желчного пузыря более 5 мм, неоднородность и слоистость, двойной контур стенки, увеличение размеров желчного пузыря, вколоченный камень в устье пузырного протока, характер внутривезикулярной жидкости, наличие перивезикальных инфильтратов и (или) экссудата.

Как известно, важным фактором, определяющим степень и распространенность воспалительных изменений, принято считать время от начала ОХ до выполнения операции самым, поэтому время тщательно и подробно отмечали в каждом клиническом наблюдении.

Нами разработана техника лапароскопической холецистэктомии за счет комбинации как известных на сегодняшний день методик, так и своих оригинальных разработок, что позволяет выполнить ЛХЭ даже в сложных технических ситуациях (патент на изобретение ПВ РУзб FAP 02292).

Если при первичной ревизии отмечалась выраженная воспалительная инфильтрация последующем обычно выявляли гангренозно-некротические изменения, эмпиему ЖП либо тяжелый фиброз. Поэтому обнаружение гангренозно-некротических изменений или эмпиемы ЖП расценивали как "негативные последствия" длительности анамнеза.

С атипичной анатомией (В связи деструктивных изменений) желчного пузыря мы столкнулись при выполнении ЛХЭ в одном случае: его шейка располагалась над печеночно-двенадцатиперстной связкой и окутана сальником с широкой шейкой, а тело и дно были фиксированы вдоль переднего края левой доли печени. Произведена ЛХЭ "от дна" после размещения лапаропортов в правом и левом подреберьях с учетом особенностей топографии пузыря.

У 19 (6,7%) больных диаметр пузырного протока равнялся 8 мм. Лигирование широкого протока осуществлялось наложением в шахматном порядке двух-трех 5 миллиметровых клипс либо нитью с интракорпоральным формированием узла. Трудности идентификации элементов шейки желчного пузыря были связаны с воспалительно-инфильтративными или рубцово-спаечными изменениями в области вмешательства, что и послужило причиной ЛХЭ "от дна".

Неблагоприятные варианты анатомии пузырного протока, а именно наличие короткого, а также широкого протока (1 больного) явились причиной серьезных осложнений во время операции: краевой перфорации гепатикохоледоха (0,2%) крючком-электродом у одного больного и длительного желчеистечения (0,2%) из культи широкого пузырного протока при его ступенчатом лигировании клипсами у другого.

Технические принципы проведения этих операций следующие: вскрытие полости желчного пузыря, облегчающее ориентировку; оставление стенок желчного пузыря в местах их прочной фиксации с окружающими тканями на месте и иссечение по видимой границе только свободных участков стенки желчного пузыря; уничтожение (мукоклазия) слизистой оболочки желчного пузыря на оставленных участках.

В технике выполнения операции предусматриваем следующие этапы.

Первый этап – аспирация содержимого полости желчного пузыря. По 2- мо 5 мм троакару вводим трубку отсоса с пункционной иглой производим аспирацию желчного пузыря. После аспирации желчный пузырь с инфильтрированной стенкой станет более подвижной и это создаёт условие для тракции Ж.пузыря (рис. 1а).

Второй этап. Мобилизация пузырной артерии. Ориентиром для мобилизации деструктивно измененных пузырей служит лимфоузел Масканжи. После тракции над шейкой с острым инструментом, (под припухлостью - примерная локализация лимфоузла) иссекаем серозный слой затем с 5 миллиметровым атравматическим манипулятором раздвигаем вверх и вниз слой артерии локализуется параллельно с лимфатическим узлом. Затем выделенная артерия клипруется (рис. 1 б).

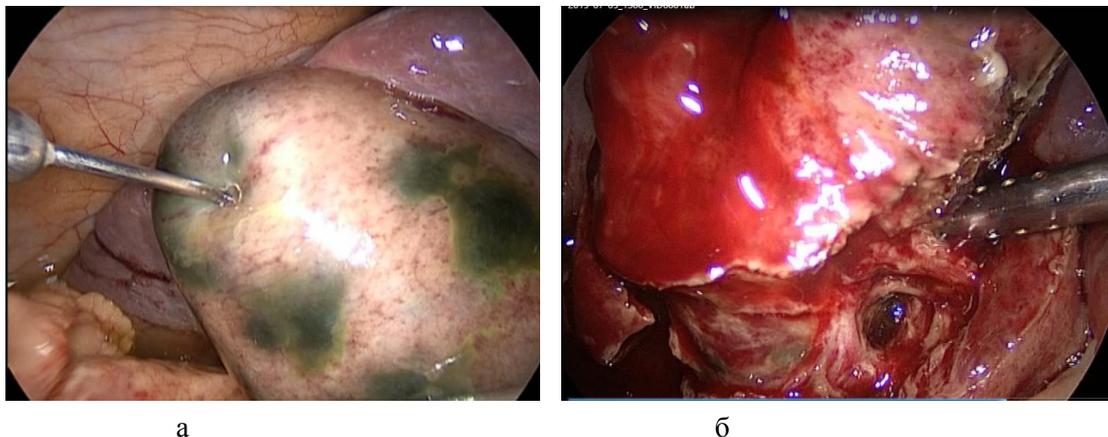


Рисунок 1. Инфильтрированный желчный пузырь (пункция и аспирация Ж.пузыря): а – пункция желчного пузыря; б - мобилизация пузырной артерии.

Третий этап. Выделение желчного пузыря от дна. Выделение шейки пузыря при деструкции общепризнанным методом таит в себе риск. Поэтому мы в таких случаях желчный пузырь выделяем от дна. Для выделения желчного пузыря с утолщенными стенками применяем трубку отсоса с тупым концом, при этом трубка постоянно аспирирует скопившуюся кровь из ложи пузыря и обеспечивает видимость зоны операции (рис. 3 а).

Четвёртый этап. После достижения уровня пузырного протока, и визуализации внутренней стороны устья протока накладываем клипсу с большим размером или средние клипсы лестничным методом (рис. 5). Вскрываем полость пузыря стенки иссеченного пузыря коагулируем тщательно. Содержимое укладываем в контейнер (рис. 3 б).



Рисунок 3. Выделение желчного пузыря: а - выделение от дна; б - наложение клипс с большим размером или средние клипсы лестничным методом и пересечение.

Пятый этап. Обработка ложи пузыря.

При деструктивно измененных пузырях коагуляцией ложи абсолютно не останавливает кровотечение, поэтому коагуляция делается поверхностно и вставляется тампон марлевой салфеткой для физической гемостаза. Преимущество печеночной ткани в печени в таких

случаях является то, что после тампонирования примерно в течении 5-6 минут происходит самостоятельный гемостаз. Операцию заканчиваем дренированием двумя дренажными трубками «по типу проточной системы» (рис. 4).



Рисунок 4. Обработка ложи желчного пузыря.

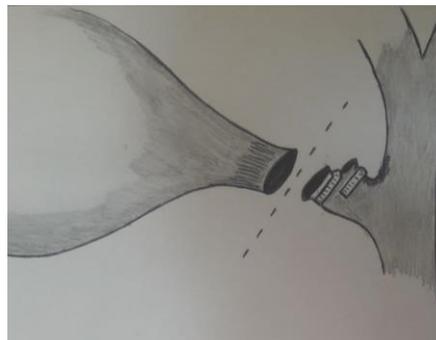


Рисунок 5. Схематическое изображение лестничного наложения клипс.

Основное преимущество разработанного метода - сохранение управляемости операционным процессом, что даёт возможность гарантированного безопасного проведения операции.

Нами также изучалась продолжительность операции, как один из важных показателей, влияющий на результаты хирургического лечения и сроки выписки. Особую актуальность этот показатель имеет у пациентов пожилого и старческого возраста, так как у данной категории больных продолжительность пневмоперитонеума имеет немаловажное значение в аспекте развития интра- и послеоперационных осложнений.

Продолжительность операции оценивали на основании изучения протоколов операций. Продолжительность операции варьировала от 30 до 65 минут (в среднем $45,4 \pm 7,2$).

Чаще причиной увеличения длительности операции были выраженный воспалительный процесс в желчном пузыре и подпечёночном пространстве, кровотечение из ложа ЖП и нетипичная анатомия желчных протоков и пузырной артерии.

Результат и обсуждение

После внедрения в клиническую практику технологии усовершенствованной методики ЛХЭ начиная с 2015 года показатель количества конверсий снизился до 2 %, а начиная с 2000 года и по настоящее время он составляет 0,2 %. Это явилось следствием освоения и дальнейшего совершенствования методик лапароскопической холецистэктомии.

Результаты применения ЛХЭ остаются неоднозначными и прежде всего с учетом обеспечения их безопасности. Различия вариантов анатомии и топографии желчевыводящих протоков, пузырного протока и артерии не позволяют относить вмешательства на желчном пузыре к разряду “стандартных”. Усложняют условия операции острый воспалительный и спаечный процессы, при которых даже “типичная” анатомия подпеченочного пространства может претерпевать значительные изменения. Практически непреодолимые трудности возникают при сочетании острого холецистита с протоковыми и сосудистыми дистопиями.

Выводы

Разработанные четкие технические методики выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при деструктивных формах острого калькулезного холецистита позволят достигать высоких положительных результатов с сохранением стабильного показателя частоты осложнений на уровне 1-2% и снижение летальности до – 0,1%.

Одно из преимуществ малоинвазивной хирургии возможность поэтапного лечения тяжелых и нестандартных случаев. Наличие в арсенале лечебного учреждения всего комплекса малоинвазивных методик диагностики и лечения деструктивных форм острого калькулезного холецистита позволяет до минимума снизить количество осложнений и летальных исходов. Окончательный выбор способа и методов лечения данной категории больных зависит от

оснащенности данного лечебного учреждения и наличия соответствующих квалифицированных специалистов.

Разработанная и применяемая тактика лечения деструктивных форм желчнокаменной болезни показала хорошие результаты.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бабажанов А.С., Худойназаров У.Р. Сравнительный анализ различных методов хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью. // Проблемы биологии и медицины. 2017;3:187-190.
2. Быстрое С.А., Жуков Б.Н., Бизярин В.О. Мини-инвазивные операции в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском. // Хирургия. 2010;7:55-59.
3. Васильев В. В., Перунов А. Б. Острый холецистит: современные технологии лечения // Consil. Med. 2001;3(6):279-284.
4. Галлингер Ю. И., Карпенко В. И., Мизиков В. Н., Юрьева Л. А. Эндоскопическая хирургия калькулезного холецистита // Анн. хир. гепатол. 2002;7(1):97.
5. Галлингер Ю. И., Тимощук А. Д. Лапароскопическая холецистэктомия: Практик. руководство. М., 1994;36-38.
6. Ермолов А. С., Гуляев А. А. Острый холецистит: современные методы лечения // Лечащий врач. 2005;2:16-18.
7. Захаров О.В. Малоинвазивное лечение калькулезного холецистита у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска. / Диссертация канд.мед.наук. Воронеж. 2011;108.
8. Затевахин И. И., Магомедова Э. Г. Лечебная тактика при остром холецистите // Рос. мед. журн. 2005;4:17-20.
9. Кузнецов Н. А., Бронтвейн А. Т., Аронов Л. С. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите // Рос. мед. журн. 2003;3:19-22.
10. Махмадов Ф.И., Каримов Г.К., Мирбегиёв Дж. и др. К вопросу о холецистэктомии при остром калькулезном холецистите у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2019;9(1):40-45.
11. Чан Ючун Прогностический анализ результатов отсроченной лапароскопической холецистэктомии при воспалительных изменениях желчного пузыря // Анналы хирургической гепатологии. 2006;21(1):59-77.
12. Hall B.R., Armijo P.R., Krause C., Burnett T., Oleynikov D. Emergent cholecystectomy is superior to percutaneous cholecystostomy tube placement in critically ill patients with emergent calculous cholecystitis // The American Journal of Surgery. 2018;216(1):116-119.
13. Jodice G., Giardiello C., Francica G. e. a. Single-step treatment of gallbladder and bile duct stones: a combined endoscopic-laparoscopic technique // Gastrointest. Endosc. 2001;53:336-338.
14. Sobani Z.A., Ling C., Rustagi T. Endoscopic transpapillary gallbladder drainage for acute cholecystitis // Digestive Diseases and Sciences. 2021;66(5):1425-1435.

Поступила 20.01.2024