

ВЫБОР МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Юнусова Гузал Файзуллаевна

Самаркандский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14833455>

Аннотация: Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 25 (65,8%) больных 1-й группы с легким течением (Grade I) и у 13 (17,3%) больных со среднетяжелым течением (Grade II). Во всех случаях желчный пузырь был увеличен, напряжен, часто спаян с большим сальником или окружающими органами. Пункция желчного пузыря с эвакуацией от 30 до 50 мл желчи потребовалась в 31,6% случаев. Интраоперационно признаки острого обструктивного холецистита выявлены у 47,4% больных, флегмоны желчного пузыря с признаками его деструкции - у 21% больных. У 36 больных выполнена традиционная холецистэктомия и у 2 — лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Вишневскому.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит, холецистэктомия, дренирование холедоха, реабилитация.

CHOICE OF MINIMALLY INVASIVE SURGICAL METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC CHOLECYSTITIS

Yunusova Guzal Fayzullaevna

Samarkand State Medical University

Abstract: Laparoscopic cholecystectomy was performed in 25 (65.8%) patients of the 1st group with a mild course (Grade I) and in 13 (17.3%) patients with a moderate course (Grade II). In all cases, the gallbladder was enlarged, tense, often soldered to the greater omentum or surrounding organs. Gallbladder puncture with evacuation of 30 to 50 ml of bile was required in 31.6% of cases. Intraoperative signs of acute obstructive cholecystitis were detected in 47.4% of patients, phlegmon of the gallbladder with signs of its destruction - in 21% of patients. In 36 patients, traditional cholecystectomy was performed, and in 2 patients, laparoscopic cholecystectomy with drainage of the choledochus according to Vishnevsky was performed.

Keywords: cholelithiasis, acute calculous cholecystitis, cholecystectomy, choledochal drainage, rehabilitation.

ВВЕДЕНИЕ

Желчнокаменная болезнь занимает одно из первых мест среди хирургических заболеваний. Лечение желчнокаменной болезни и ее осложненных форм на сегодняшний день остается одним из наиболее актуальных и изученных направлений абдоминальной хирургии в связи с продолжающимся увеличением частоты этих осложнений. Острый калькулезный холецистит выявляют у 8-13,4% больных, поступивших в хирургические стационары. Острый холецистит преобладает преимущественно у лиц старшей возрастной группы. У лиц молодого возраста мочекаменная болезнь часто протекает бессимптомно, лишь у 1-4% таких больных возникают приступы желчной колики. При отсутствии лечения острый обструктивный холецистит развивается в 20% случаев.

Нередко воспалительный процесс протекает молниеносно, с образованием гангрены и перфорации желчного пузыря, что увеличивает летальность. Основной причиной возникновения некробиотических процессов в стенке желчного пузыря является

повышение внутрипузырного давления. Высокая летальность больных пожилого и старческого возраста во многом зависит от прогрессивно возрастающей частоты осложненных форм острого холецистита, в частности обструктивного. Деструктивные формы холецистита у пожилых людей встречаются в 9 раз чаще, чем в более молодых возрастных группах. В связи с этим снижение послеоперационной летальности при холецистите во многом зависит от своевременности диагностических мероприятий и их правильной интерпретации как на доклиническом, так и клиническом этапах, правильно подобранного лечения [1, 13, 14].

В настоящее время известны три способа удаления желчного пузыря: лапароскопическая холецистэктомия; трансректальная холецистэктомия из «минидоступа» в правом подреберье; традиционная холецистэктомия из срединного доступа [3, 4].

В связи с этим вопросы своевременной диагностики, рациональной консервативной терапии, выбора метода и объема того или иного оперативного вмешательства при желчнокаменной болезни, определения сроков операции, этапов лечения по-прежнему актуальны, требуют тщательного изучения и стандартизация.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты хирургического лечения 138 больных острым холециститом. Возраст больных колебался от 18 до 89 лет (в среднем 58,7 года), преобладали женщины – 117 (84,8%).

Диагностические критерии острого холецистита определялись в соответствии с Токийскими рекомендациями. Оценка риска была основана на системе классификации тяжести заболевания APACHE II (Acute Physiology Assessment и Chronic Health Assessment II). Высокий риск определялся по шкале APACHE II 7 и более баллов [9, 10, 17] и на основании этого определялась лечебная тактика.

Предоперационный диагноз острого холецистита основывался на клинической оценке (болезненность в правом подреберье, симптом Мерфи, лихорадка), лабораторных данных (повышенный СРБ и лейкоцитоз) и ультразвуковых признаках острого холецистита при визуализации (утолщение стенки желчного пузыря, камни, увеличение желчного пузыря, отек, абсцесс). УЗИ было основным методом визуализации у всех пациентов с клиническим подозрением на острый холецистит. Компьютерная томография ($n = 25$; 18,1 % в основном использовалась у больных с выраженным или диффузными симптомами) и МРТ-холангиография ($n = 12$, 8,7 %) в основном применялись у пациентов с подозрением на камни желчных протоков в дополнение к холециститу. При визуализации признаки острого калькулезного холецистита выявлены у 117 больных (84,8%), острого холецистита без рентгенологически видимых конкриментов - у 9 больных (6,5%). Камни в желчном пузыре без признаков воспаления наблюдались у 12 больных (8,7%). При гистологическом исследовании у 78 (56,5%) выявлен острый холецистит, у 34 (24,6%) - гангренозный холецистит, у 26 (18,9%) - обострение хронического холецистита.

Все больные были разделены на три группы в зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства: в 1-ю группу вошли 38 (27,6%) больных в возрасте от 18 до 61 года (средний возраст 39,5 года), которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия, во 2-ю группу - 75 (54,3%) больных в возрасте от 26 до 86 лет (в среднем 56 лет), которым выполнялось вмешательство из минилапаротомного доступа, и в 3-ю – 25 (18,1) больных в возрасте от 46 до 69 лет (56,5 года), которым операция выполнялась

традиционным лапаротомным доступом . В 1-й группе было 6 (15,8%) мужчин и 32 (84,2%) женщины, во 2-й группе - 13 (17,3%) мужчин и 62 (82,7%) женщин и 3-2 (8%) мужчин и 23 (92%) женщины.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 25 (65,8%) больных 1-й группы с легким течением (Grade I) и у 13 (17,3%) больных со среднетяжелым течением (Grade II).

Лапароскопические вмешательства выполняли преимущественно в течение 24 ч после госпитализации, после предоперационной подготовки, включающей антибиотикопрофилактику препаратами широкого спектра действия, инфузционную терапию и по общепринятой методике в условиях сбалансированного наркоза с ИВЛ, и завершали дренированием брюшной полости. Средняя продолжительность операции составила 46,5 минут.

Во всех случаях желчный пузырь был увеличен, напряжен, часто спаян с большим сальником или окружающими органами. Пункция желчного пузыря с эвакуацией от 30 до 50 мл желчи потребовалась в 12 (31,6%) случаях. Интраоперационно признаки острого обструктивного холецистита выявлены у 18 (47,4%) больных, флегмона желчного пузыря с признаками его деструкции - у 8 (21%). У 36 больных выполнена традиционная холецистэктомия и у 2 — лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Вишневскому.

На 2-3 сутки после операции выписано 23 больных, что составило 60,5%. У остальных 15 больных сроки послеоперационной госпитализации составили от 4 до 6 дней. Причинами задержки больных в стационаре были обострения сопутствующих заболеваний, требующие дополнительной медикаментозной коррекции. В 4 случаях выполнены комбинированные вмешательства: у 2 больных лапароскопическая холецистэктомия дополнена цистэктомией из придатков, у 1 - цистовариэктомия, у 1 - протезирующая герниопластика по поводу пупочной грыжи.

Минилапаротомная холецистэктомия выполнена 13 (17,3%) больным 1-й группы с легким течением (Grade I) и 62 (82,7%) больным со среднетяжелым течением (Grade II). Холецистэктомию выполняли из правостороннего трансректального доступа. Все операции выполнялись с использованием обычных или специальных ретракторов-ретрактор (САН) и установки 4-6 зеркал с изменяемой геометрией. Размер доступа, как правило, не превышал 4-7 см. Средний размер доступа составил $5,5 \pm 0,1$ см. Продолжительность вмешательства у больных, оперированных из минилапаротомного доступа, составила от 40 до 210 мин (в среднем $63,8 \pm 2,2$ мин).

Холецистэктомию выполняли из шейки или комбинированным способом по стандартной хирургической методике. Кровотечение из ложа желчного пузыря, как правило, останавливали коагуляцией; в ряде случаев ложе ушивали. Дренирование общего желчного протока выполнено у 3 больных 2-й группы. Комбинированные операции выполнены у 4 (5,3%) больных 2-й группы: протезирование грыж передней брюшной стенки - у 3. Протезирование передней брюшной стенки по поводу послеоперационной грыжи выполнено у 1 больного 2-й группы. Широкая традиционная лапаротомия выполнена 25 больным с тяжелым течением (Grade III) процесса. Во всех этих случаях так называемая «принудительная» лапаротомная холецистэктомия, где в предоперационном периоде клинически установлены выраженные инфильтративные изменения в правом

подреберье. При решении вопроса о показаниях и сроках оперативного вмешательства мы придерживались активной тактики.

7 (28%) больных оперированы через 12 часов после госпитализации, 7 (28%) - через 24 часа, 5 (20%) - через 48 часов, 3 (12%) - через 72 часа и 3 (12%) - через 4 или больше дней. Как видно из представленных данных, у 76% больных операция выполнена в течение первых 48 часов, придерживаясь активной тактики. Из общего числа больных у 8 (32%) был флегмонозный, у 12 (48%) - гангренозный холецистит, у 5 (20%) - подпеченочный абсцесс. Продолжительность операции из традиционного доступа была в пределах 40-150 мин (в среднем $74,0 \pm 5,7$ мин).

Хорошие результаты отмечены у 94,7% больных 1-й группы и у 96% больных 2-й группы. Наиболее часто местные осложнения присутствовали после лапаротомных холецистэктомий - 7 (16,7%), несостоятельность культи пузырного протока наблюдалась в 1 случае, в 2 случаях - истечение желчи в брюшную полость, в одном из них развился желчный перитонит, потребовавший релапаротомии, после чего на фоне развившейся острой сердечно-сосудистой недостаточности больной умер; в одном случае наблюдалось внутрибрюшное кровотечение, также потребовавшее экстренной релапаротомии; подпеченочный инфильтрат в послеоперационном периоде образовался у 1 больного, разрешился консервативно; нагноение послеоперационной раны наблюдалось в 1-м случае. После лапароскопических холецистэктомий, выполненных у 38 больных, развилось 2 (5,3%) осложнения, в одном случае послеоперационное течение осложнилось формированием подпеченочного инфильтрата, разрешившегося консервативно, в соединении - подпеченочного абсцесса - санированной релапароскопией. После 75 минилапаротомных холецистэктомий наблюдались 3 (4%) развития осложнений - в одном случае образование подпеченочного инфильтрата, в двух случаях - нагноение послеоперационной раны.

ОБСУЖДЕНИЕ

Наше исследование показало целесообразность лапароскопической холецистэктомии в лечении острого калькулезного холецистита. Особых осложнений при лапароскопических операциях у наших пациентов не было. Хотя желчеистечение имело место у двух пациентов с острым холециститом, оно не было вызвано травмой во время лапароскопической операции, так как ни в одном из этих случаев не было конверсии в лапаротомию. Однако желание избежать перехода на лапаротомию оправдано без ущерба для безопасности с точки зрения эстетического результата. Основной причиной конверсии являются трудности при лапароскопической операции из-за тяжелого воспалительного фиброза. Сообщается, что операционные трудности из-за воспаления связаны с временным интервалом между началом заболевания и операцией [6, 7, 11, 12].

Принято считать, что основными преимуществами холецистэктомии из минидоступа, помимо малоинвазивности, являются использование стандартных хирургических приемов, возможность полной ревизии желчных протоков и выполнения холецистэктомии снизу, а также ушивание ложе желчного пузыря [2]. Тем не менее выполнение этого варианта холецистэктомии у больных острым обструктивным калькулезным холециститом, несомненно, представляет особые трудности. В связи с этим многие хирурги в таких ситуациях предпочитают выполнять операции из традиционного лапаротомного доступа. В нашем исследовании проведено сравнение результатов холецистэктомии из лапаротомного

и минилапаротомного доступа для оценки возможностей малого доступа у больных с гнойно-деструктивными формами калькулезного холецистита.

Хорошие результаты холецистэктомии из мини-доступа независимо от формы холецистита получены рядом авторов у 92,0-99,3% больных [3, 14, 15]. Это совпадает с нашими данными как для 1-й, так и для 2-й групп больных (94,7 и 96% соответственно), что свидетельствует о возможности операции из минилапаротомного доступа у этой сложной группы больных [8, 27].

Общее количество осложнений при этой операции было небольшим, чаще всего раневое нагноение, наблюдается, как отмечают и другие исследователи [4, 16]. После холецистэктомии из минилапаротомного доступа описаны такие осложнения, как истечение желчи из ложа мочевого пузыря или культи пузырного протока, формирование подпеченочного абсцесса, кровотечение, повреждение общего желчного протока, хотя их частота невелика. [2, 5, 11]. Таких осложнений мы не наблюдали.

Таким образом, результаты, полученные в результате наблюдения, свидетельствуют о высокой эффективности холецистэктомии при минилапаротомном заболевании у больных с обострением хронического калькулезного холецистита и у больных с симптомами холецистита, в том числе с учетом флегмонозного и гангренозного холецистита. Минилапаротомный доступ позволяет получить хорошие непосредственные результаты лечения у большинства пациентов, что приводит к низкому количеству интраоперационных и послеоперационных осложнений. Холецистэктомию из минилапаротомного доступа можно рассматривать как полноценный малоинвазивный метод хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью, в том числе с гнойно-деструктивными формами холецистита.

ВЫВОДЫ

Лапароскопическая холецистэктомия представляется надежным, безопасным и экономически эффективным методом лечения острого холецистита. Мы считаем, что при осторожном подходе к острому холециститу лапароскопическая холецистэктомия обеспечит наилучшее лечение этого состояния.

Холецистэктомия из минилапаротомного доступа является эффективным и безопасным методом оперативного лечения острого холецистита, количество осложнений, летальность и сроки реабилитации значительно лучше, чем при традиционной хирургии.

Использованная литература

1. Акар Т., Камер Э., Ачар Н., Атахан К., Баг Х., Хаджианлы М., Акгюль О. Лапароскопическая холецистэктомия при лечении острого холецистита: сравнение результатов ранней и поздней холецистэктомии. Pan Afr Med J. 2017 31 января; 26:49. doi: 10.11604/pamj.2017.26.49.8359. Сборник 2017. PMID: 28451027.
2. Banz W., Gsconer T., Kandinas D., Guller J. Популяционный анализ 4113 пациентов с острым холециститом: определение оптимального времени лапароскопической холецистэктомии. Энн Сург. 2011 г.; 254: 964–70. DOI: 10.1097 / SLA.0b013e318228d31c. [PubMed] [CrossRef] [Академия Google]
3. Бхаттачарья Д., Аммори Б.Дж. Современные малоинвазивные подходы к лечению острого холецистита: обзор и оценка. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2005 Feb;15(1):1–8. [PubMed] [Google Scholar]
4. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Сайдуллаев З.Я., Вафаева И.М. Ранорасширитель. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2019. № FAP 01385.

5. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов С.С., Сайдуллаев З.Я., Собиров Ж.С., Курбанов А.С. Усовершенствованный метод минилапаротомной холецистэктомии // Вестник ТМА. – Ташкент. - 2014. - №4. - С. 41 – 44. (14.00.00; №13).
6. Курбаниязов З.Б., Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С., Сулайманов С.У. Современное состояние вопроса хирургического лечения острого холецистита // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2015. - №1 (82). - С. 180-183. (14.00.00; №19).
7. Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С. Выбор хирургической тактики при остром деструктивном холецистите // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2021. - №4 (129). - С. 105-109. (14.00.00; №19).
8. Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С. Результаты хирургического лечения больных острым деструктивным холециститом из минилапаротомного доступа // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2021. - №4 (129). - С. 110-114. (14.00.00; №19).
9. Saydullayev Z. Ya., Davlatov S. S., Rakhmanov K.E. Surgical treatment of gallstone disease (literature review). Journal of Biomedicine and Practice. Samarkand, 2021. vol. 6, issue 4, P.143-150. (14.00.00; №24).
10. Davlatov S.S., Rakhmanov Q.E. Saydullayev Z.Ya., Sherbekov U.A. Algorithm for the management of patients with bile duct after cholecystectomy // International Journal of Pharmaceutical Research. India, 2020. Vol 12. - P. 1008-1012 (Scopus).
11. Saydullayev Z.Ya., Davlatov S.S., Murtazayev Z.I., Rakhmanov K.E. Minimally Invasive Methods of Treatment of Patients with Acute Cholecystitis // Annals of R.S.C.B. Romania, 2021. Vol. 25, Issue 4. - P. 1956 – 1961. (Scopus).
12. Saydullayev Z.Ya., Rakhmanov K.E., Davlatov S.S., Gaziyev K.U. Results of surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis from minilaparatomic access // American Journal of Medicine and Medical Sciences - America, 2021, 11(8). – P. 593 - 597. (14.00.00; №2).
13. Saydullaev, Z. Y.; Davlatov, S. S.; Rakhmanov, K. Е. Вдосконалення хірургічної тактики при гострому деструктивному холециститі // Шпитальна хірургія. – Украина, Тернопиль, 2021. - Р. 17-22. (14.00.00; №12, 18, 35).
14. Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Сайдуллаев З.Я. Алгоритм ведение больных желчеистечением после холецистэктомии // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – Самарканд, 2020. №1 (Том 1). - С. 23 – 27.
15. Сайдуллаев З.Я, Рустамов С.У. Хирургия ятрогенных повреждений магистральных желчных протоков (Обзор литературы) // Достижения науки и образования. – Москва, 2020 №16 (70). - С. 77 – 86.
16. Сайдуллаев З.Я, Эргашев Ф.Р., Рустамов С.У. «Свежие» повреждения внепеченочных желчных протоков (Обзор литературы) // Вопросы науки и образования. – Москва, 2020 №41 (125). - С. 104 - 141.
17. Сайдуллаев З.Я, Эргашев Ф.Р., Рустамов С.У. Результаты хирургического лечения больных с повреждениями магистральных желчных протоков // Вопросы науки и образования. – Москва, 2020 №41 (125). - С. 126 - 154.
18. Бабажанов А.С., Сайдуллаев З.Я., Вохидов Ж.Ж. Acute cholecystitis in elderly and senile patients // Вопросы науки и образования. - Москва, 2018 №24 (36). - С. 85-88.
19. Ismailov S. I. et al. Predictors of postoperative complications in patients with ventral hernia //Khirurgiia. – 2022. – №. 1. – С. 56-60.
20. Mukumboevich D. M. et al. Estimation of the efficiency of antisieal coating on the model of lung wound in experiment //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2020. – T. 1. – №. 4. – С. 1-6.
21. Sadykov R. A. et al. Long-term Results of Prosthetic Plasty of Extensive and Giant Incisional Ventral Hernias //International Journal of Health Sciences. – №. V. – С. 431318.
22. СИ ИСМАИЛОВ, СТ ХУДЖАБАЕВ, МИ РУСТАМОВ, ММ ДУСИЯРОВ, КУ ШЕРКУЛОВ, ИМ РУСТАМОВ//Khirurgiia. – 2022. – №. 1. – С. 56-60. <https://doi.org/10.17116/hirurgia202301156>.