

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ



Сайдуллаев Зайниддин Яхшибоевич¹, Давлатов Салим Сулаймонович²

1 - Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТДА ХИРУРГИК ТАКТИКАНИ ТАНЛАШ

Сайдуллаев Зайниддин Яхшибоевич¹, Давлатов Салим Сулаймонович²

1 - Самарканд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

CHOICE OF SURGICAL TACTICS IN ACUTE DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS

Saydullaev Zainiddin Yaxshiboevich¹, Davlatov Salim Sulaymonovich²

1 - Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: info@sammi.uz

Резюме. Долзарблиги. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, дунёда ўт тош касаллигининг кўпайиши туфайли ушбу патологиянинг деструктив шакллари билан оғриган беморлар сонининг кўпайиши кузатилмоқда. Тадқиқотнинг мақсади - жарроҳлик тактикасини такомиллаштириши орқали ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни даволаш сифатини оширишдан иборат бўлди. Материаллар ва тадқиқот усуллари. Ушбу иш 2016 йилдан 2020 йилгача бўлган даврда Самарканд давлат тиббиёт институтининг 1-клиникаси (1-сонли хирургик касалликлар ҳамда умумий хирургия кафедраларининг клиник базаси) жарроҳлик бўлимларида даволанган ўткир деструктив холецистит билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини баҳолашга асосланган. Хулоса. Деструктив холецистит билан оғриган беморларни, комплекс ёндошувни ҳисобга олган ҳолатда жарроҳлик даволаш тактикаси, операциядан кейинги яқин асоратлар частотасини 13,4% дан (таққослаш гуруҳидаги 11 бемор) 1,7% гача (асосий гуруҳдаги 2 бемор) камайтириши орқали тиббий хизмат сифатини яхшилашга имкон берди.

Калим сўзлар: ўт тош касаллиги, холецистит, холецистектомия, лапароскопия, минилапаротомия, лапаротомия, конверсия, асорат.

Abstract: Relevance. According to the World Health Organization, in the world due to the increase in the incidence of cholelithiasis, there is an increase in the number of patients with destructive forms of this pathology. The aim of the study is to improve the quality of treatment of patients with acute destructive cholecystitis by improving surgical tactics. Materials and research methods. The work is based on the assessment of the results of surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis who were treated in the surgical departments of the 1st clinic of the Samarkand State Medical Institute (clinical base of the departments of surgical diseases No. 1 and general surgery of the Samarkand State Medical Institute) for the period from 2016 to 2020. Conclusions. The tactics of surgical treatment of patients with destructive cholecystitis, taking into account an integrated approach to the choice of access, made it possible to improve the quality of care by reducing the frequency of immediate postoperative complications from 13.4% (11 patients in the comparison group) to 1.7% (2 patients in the main group).

Key words: cholelithiasis, cholecystitis, cholecystectomy, laparoscopy, minilaparotomy, laparotomy, conversion, complication.

Актуальность исследования. По данным всемирной организации здравоохранение, в мире в связи с увеличением заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) отмечается рост числа больных с деструктивными формами данной патологии [1, 3, 10]. Несмотря на большие успехи

малоинвазивной хирургии в лечении ЖКБ, многие авторы относят некоторые деструктивные формы острого холецистита (флегмонозный и гангренозный холецистит с околопузырным инфильтратом в области шейки желчного пузыря с давностью заболевания более 72 часов) в группу

противопоказаний к выполнению холецистэктомии из минилапаротомного доступа [3, 7]. Это связано с технической сложностью выполнения холецистэктомии из минилапаротомного доступа (МЛХЭ) при деструктивных формах острого холецистита, осложненного плотным околопузырным инфильтратом, что нередко приводит к переходу на широкую лапаротомию с развитием связанных с ней осложнений в послеоперационном периоде [5, 9, 11, 12]. Именно у больных с острым деструктивным холециститом при выполнении малоинвазивной холецистэктомии ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков, сосудов гепатодуоденальной связки или ворот печени встречается наиболее часто. В то же время, переход на широкую лапаротомию не является оптимальным путем решения проблемы хирургического лечения острого деструктивного холецистита [2, 4, 8, 13].

С учетом того, что острый деструктивный холецистит является часто встречающимся осложнением ЖКБ, большой практический интерес представляет разработка нетипичных способов выполнения малоинвазивных вмешательств, позволяющих избежать переходов на широкую лапаротомию [6, 11]. Нам представляется актуальным и практически значимым определение показаний к каждому из нетипичных способов холецистэктомии в рамках минилапаротомного доступа с разработкой вопросов оптимального технического обеспечения и наиболее рациональных оперативных приемов при выполнении хирургического вмешательства, а также изучение ближайших и отдаленных результатов их проведения.

Целью исследования является улучшение качества лечения больных острым деструктивным холециститом путем совершенствования хирургической тактики.

Материалы и методы исследования. Работа основана на оценке результатов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом, прошедших лечение в хирургических отделениях 1-клинике Самаркандского государственного медицинского института (клиническая база кафедр хирургических болезней №1 и общей хирургии Самаркандского государственного медицинского института) за период с 2016 по 2020 годы. В зависимости от тактики лечения больные были разделены на группы. В период с 2016 по 2017 года 82 (40,8% из 201) больным с острыми деструктивными формами холецистита холецистэктомия было произведено лапароскопическим методом и традиционным широким доступом. Они составили группу сравнения. С 2018 по 2020 год 119 (59,2% из 201) больным с острым деструктивным холециститом холецистэктомия

произведено лапароскопическим методом и из минилапаротомного доступа. Они составили основную группу.

В исследование вошли все оперированные пациенты, поступившие в стационар с клинической симптоматикой острого деструктивного холецистита.

Из нашего исследования мы исключили больных с явлениями механической желтухи или холангита, так как данные осложнения сопровождаются более высоким уровнем летальности и осложнений и могут исказить данные нашего исследования.

Инструментальное предоперационное обследование было стандартным.

В группе сравнения изначально 43 (52,4% из 82) больным холецистэктомия планировалась лапароскопическим методом. Из них всего у 23 больных холецистэктомия завершена лапароскопическим методом, а 20 больных подверглись конверсии, т.е. холецистэктомия завершена традиционным широким доступом. 39 (47,6% из 82) больным из группы сравнения холецистэктомия была планирована широким традиционным доступом.

Тактика лечения больных основной группы отличалась от группы сравнения тем, что выбор оптимального хирургического доступа при холецистэктомии был более дифференцированным, а сам доступ малотравматичным.

До 2018 года при выполнении холецистэктомии по поводу острого деструктивного холецистита в основном пользовались исключительно традиционными широкими разрезами передней брюшной стенки, которые значительно облегчая хирургу выполнение основного этапа операции, все же имеют ряд серьезных и общеизвестных недостатков – высокая травматичность вмешательства, повышенный риск послеоперационных раневых осложнений, неудовлетворительные косметические результаты, длительный период ранней реабилитации и др. Указанные обстоятельства побудили нас к поиску более щадящих, менее травматичных и в то же время удобных для оператора хирургических доступов к желчному пузырю и ревизии желчевыводящих путей.

В результате с 2018 г. при остром деструктивном холецистите мы начали широко применять так называемый «минидоступ» с учетом индивидуальной особенностью для каждого пациента.

При выборе холецистэктомии лапароскопическим методом или из минилапаротомного доступа мы ориентировались на результаты дооперационной диагностики. Клинические признаки течения острого холецистита сочетали с данными УЗИ.

Таблица 1. Причина конверсии лапароскопической холецистэктомии в основной группе.

Причина конверсии	Количество больных (n=9)	
	абс.	%
Продолжительность операции более 30 мин.	3	77,8
Не идентифицируется пузырный и общий желчный проток	3	44,4
Идентифицируется широкий пузырный проток с утолщенной стенкой, имеется опасность соскальзывания клипс	2	22,2
Кровотечение	1	11,1



Рис. 1. Лечебно-тактический алгоритм ведения больных с острым деструктивным холециститом.

В основной группе больных изначально холецистэктомия 47 (39,5% из 119) больным планировалась лапароскопическим методом, но из-за сложности продолжения операции и по данным диагностической лапароскопии из 47 больных 9 (19,1%) пациентов подверглись конверсии. Причина конверсии представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы 1 причиной конверсии у 3 больных продолжительность идентификации пузырного протока и магистральных желчных путей было более 30 минут, ещё у 3 больных из-за плотного инфильтрата в подпеченочной области идентифицировать стенку желчного пузыря заняло более 30 минут. В 2 случаях по данным диагностической лапароскопии имелась опасность соскальзывания клипс из-за широкого пузырного протока с утолщенной стенкой. В 1 случае причиной конверсии послужило кровотечение из пузырной артерии с благоприятным исходом.

72 (60,5% из 119) больным учитывая клинические признаки течения острого холецистита, имеющуюся сопутствующую соматическую патологию и данные УЗ исследования холецистэктомия была произведена через минилапаротомный доступ.

Таким образом, в основной группе больных 38 (31,9% из 119) больным холецистэктомия выполнена лапароскопическим методом и 81 (68,1% из 119) больному с острым деструктивным холециститом холецистэктомия выполнена через минилапаротомный доступ.

На основе клинического течения и инструментальных исследований острого деструктивного холецистита нами разработан и внедрен в клиническую практику оптимальный лечебно-тактический алгоритм ведения больных острым деструктивным холециститом (рис. 1).

Таблица 2. Частота послеоперационных осложнений у больных после холецистэктомии.

Вид осложнения		Группа больных								Всего, n=201	
		Группа сравнения (n=82)				Основная группа (n=119)					
		состояние после ЛХЭ (n=23)		состояние после ТХЭ, (n=59)		состояние после ЛХЭ (n=38)		состояние после МЛХЭ, (n=81)			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Желчеистечение по дренажу	повреждение гепатикохоледоха	1	4,3							1	0,5
	из-за соскальзывания клипс из культи пузырного протока	2	8,7							2	0,9
	из-за несостоятельность культи пузырного протока			1	1,7					1	0,5
	из ходов Люшко			2	3,4			1	1,2*	3	1,5
Билома в подпеченочной области		1	4,3			1	2,6			2	0,9
Желчный перитонит				1	1,7					1	0,5
Кровотечение		1	4,3							1	0,5
Нагноение послеоперационной раны				2	3,4					2	0,9
Всего осложнений		5	21,7	6	10,2	1	2,6**	1	1,2	13	6,5
Число больных с осложнениями		4	17,4	5	8,5	1	2,6	1	1,2	11	5,5
Критерий χ^2		Df=1; $\chi^2 = 4.954$; p=0,027									

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - P<0,05, ** - P<0,001)

Результаты исследования. При изучении частоты местных осложнений в своей работе мы учитывали только те осложнения, которые сопровождалось значительным ухудшением состояния пациента, представляли угрозу для его жизни и требовали проведения активного консервативного или оперативного лечения.

К местным послеоперационным осложнениям мы относили повреждение желчных путей, желчеистечение по дренажу брюшной полости, массивное кровотечение из брюшной полости, инфекционные внутрибрюшные осложнения.

Частота повреждений гепатикохоледоха при остром холецистите, осложненном плотным инфильтратом, при проведении стандартной ЛХЭ наблюдалось нами у 1 из 23 больных (4,3%) группы сравнения. Сравнительная характеристика других местных осложнений после проведения ХЭ различными способами в исследуемых группах представлена в таблице 2.

Как следует из данных таблицы 2, частота местных осложнений после выполнения ХЭ в группе сравнения наблюдалась у 11 (13,4%) из 82 больных. Этот показатель был достоверно выше, чем у больных основной группы, т.е. у 2 (1,7%) из 119 больных. В основной группе больных после ЛХЭ, после стандартной и нестандартной МЛХЭ не наблюдали таких грозных осложнений как повреждение гепатикохоледоха.

Выводы:

1. Предложенный лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с острым деструктивным холециститом позволил в 31,9% и 68,1% случаев в основной группе выполнить лапароскопическую холецистэктомию и холецистэктомию из минидоступа соответственно.

2. Тактика хирургического лечения больных деструктивным холециститом, с учетом комплексного подхода к выбору доступа позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 13,4% (11 пациентов в группе сравнения) до 1,7% (2 пациента в основной группе).

Литература:

- Александрович В. Е., Некрасов А. Ю., Сергеев А. В. Безгазовая лапароскопия в лечении пациентов с острым деструктивным холециститом и повышенным анестезиолого-операционным риском //Клиническая геронтология. – 2015. – Т. 21. – №. 11-12.
- Давлатов С. С., Жураева Ф. Ф., Юсупалиева К. Б. К. Эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом //Academy. – 2017. – №. 7 (22). – С. 92-94.
- Каримов, Ш.И. Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита у больных с повы-

шенным операционным риском Текст. / Ш.И. Каримов, В.И. Ким // Эндоскопическая хирургия. 2003. - №6. - С. 35-37.

3. Кулиш В.А. Малоинвазивные хирургические вмешательства в лечении осложненного деструктивного холецистита // Эндоскопическая хирургия. 2009. – №1. – С.106-107.

4. Прудков М.И. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении калькулёзного холецистита / М.И.Прудков, А.Г. Бебуришвили, А.М. Шулутко // Эндоскопическая хирургия - 1996. – С. 12-16.

5. Прудков М.И., Столин А.В., Кармацких А.Ю. Современные эндохирургические технологии лечения острого калькулёзного холецистита. // Эндоскопическая хирургия. 2007. Т. 13. № 1. С. 68-69.

6. Шулутко, А.М. Возможности минилапаротомии с элементами "открытой" лапароскопии в хирургическом лечении холецистохоледохолитиаза Текст. / А.М. Шулутко, А.И. Данилов, М.О. Чантурия // Эндоскопическая хирургия. 2000. - №1. - С. 19-24.

7. Acar T, Kamer E, Acar N, Atahan K, Bağ H, Nacıyanlı M, Akgül Ö. Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis: comparison of results between early and late cholecystectomy. Pan Afr Med J. 2017 Jan 31;26:49. doi: 10.11604/pamj.2017.26.49.8359. eCollection 2017.PMID: 28451027 Free PMC article.

8. Banz W., Gsconer T., Kandinas D., Guller J. Population analysis of 4113 patients with acute cholecystitis: determining the optimal time for laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg. 2011; 254 : 964–70. DOI: 10.1097 / SLA.0b013e318228d31c. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

9. Lau H, Lo CY, Patil NG, Yuen WK. Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a metaanalysis. Surg Endosc. 2006 Jan;20(1):82–7. [PubMed] [Google Scholar]

10. Masayuki O, Yukio I, Kazuhiro Y, et al. Operative Timing of Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in a Japanese Institute. Journal of the Society Laparoendoscopic Surgery. 2012 Jan;16(1):65–70. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

11. Terho PM, Leppäniemi AK, Mentula PJ. Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecys-

titis: a retrospective study assessing risk factors for conversion and complications. World J Emerg Surg. 2016 Nov 16;11:54. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

12. Yamashita J., Takada T, Strasberg S.M. et al. Tokyo Committee for the Review of Recommendations of TG13: Surgical Treatment of Acute Cholecystitis. J. Hepatobiliary Pancreat Sci, 2013; 20 : 89-96. 10.1007 / s00534-012-0567-x [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

13. Zhumatayev DT, Baimakhanov AN, Abdykadyrov MK, Nurmakov DA, Raimkhanov AD, Smagulov AM, Abdiyev NM. Simultaneous surgical treatment tactics of acute destructive cholecystitis combined with choledocholithiasis: A case report. Int J Surg Case Rep. 2020;70:230-233. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.04.081. Epub 2020 May 12. PMID: 32422585 Free PMC article.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С.

Резюме. Актуальность. По данным всемирной организации здравоохранения, в мире в связи с увеличением заболеваемости желчнокаменной болезнью отмечается рост числа больных с деструктивными формами данной патологии. Целью исследования является улучшение качества лечения больных острым деструктивным холециститом путем совершенствования хирургической тактики. Материалы и методы исследования. Работа основана на оценке результатов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом, прошедших лечение в хирургических отделениях 1-клиники Самаркандского государственного медицинского института (клиническая база кафедр хирургических болезней №1 и общей хирургии Самаркандского государственного медицинского института) за период с 2016 по 2020 годы. Выводы. Тактика хирургического лечения больных деструктивным холециститом, с учетом комплексного подхода к выбору доступа позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 13,4% (11 пациентов в группе сравнения) до 1,7% (2 пациента в основной группе).

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, холецистит, холецистэктомия, лапароскопия, минилапаротомия, лапаротомия, конверсия, осложнение.