

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА



Сайдуллаев Зайниддин Яхшибоевич¹, Давлатов Салим Сулаймонович²

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

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

МИНИЛАПАРОТОМ ДОСТУП ОРҚАЛИ ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН БЕМОРЛАРДА ХИРУРГИК ДАВО НАТИЖАЛАРИ

Сайдуллаев Зайниддин Яхшибоевич¹, Давлатов Салим Сулаймонович²

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

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

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS FROM MINILAPAROTOMIC ACCESS

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 ташиқлотли маълумотларига кўра, дунёда ўт тош касаллигининг кўпайиши туфайли ушбу патологиянинг деструктив шакллари билан оғриган беморлар сонининг кўпайиши кузатилмоқда. Тадқиқотнинг мақсади - жарроҳлик тактикасини такомиллаштириши орқали ўтकिр 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 гуруҳидаги 2 бемор) камайитириши орқали тиббий хизмат сифатини яхшилашга имкон берди.

Калит 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, Introduction. Acute destructive cholecystitis is a common complication of cholelithiasis; of great practical interest is the development of atypical methods for performing minilaparotomic cholecystectomy, which make it possible to avoid the transition to a wide laparotomy. 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 2018 to 2020. Research results. In order to study the results of treatment of atypical MLCE methods, we used the following indicators: duration of operations; the frequency of switching to laparotomy; the frequency of damage to hepaticoholedochus; the frequency of local complications; postoperative mortality. Conclusions. When performing standard MLCE in acute destructive cholecystitis, there remains a relatively high risk of damage to the hepatic choledochus. Therefore, the method of choice in the treatment of these patients is the use of MLCE "from the bottom", MLCE with "amputation" of the gallbladder or MLCE according to Fedorov and Pribram.

Введение. Острый деструктивный холецистит является часто встречающимся осложнением ЖКБ, большой практический интерес представляет разработка нетипичных способов выполнения МЛХЭ, позволяющих избежать переходов на широкую лапаротомию [4, 10]. 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 [3, 8, 12].

Наиболее грозным осложнением острого холецистита, способным привести к перитониту и другим интраабдоминальным проблемам, является гнойно-деструктивный холецистит, включающий в себя флегмонозную, гангренозную, перфоративную формы, а также эмпиему желчного пузыря. Именно данная категория пациентов обращает на себя наибольшее внимание хирургов и требует оптимизации методов оказания неотложной помощи [1, 5, 9, 13].

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что в настоящий период лечебно-диагностическая тактика при остром холецистите относится к одной из актуальных и до конца нерешенных проблем современного здравоохранения [2, 6, 10, 14]. В этой связи возникает необходимость пересмотра критериев радикальности оперативного вмешательства при остром холецистите в зависимости от информативности неинвазивных методов медицинской визуализации, позволяющих на предоперационном этапе оценить особенности клинического течения заболевания и выявить признаки агрессии заболевания, в связи с чем, особенно актуальной становится оптимизация алгоритма диагностики с целью выбора наиболее радикальной тактики хирургического лечения в каждом конкретном случае.

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 (клиниче-

ская база кафедр хирургических болезней №1 и общей хирургии Самаркандского государственного медицинского института) за период с 2018 по 2020 годы. В этот период 81 больному с острым деструктивным холециститом учитывая клинические признаки течения острого холецистита, имеющуюся сопутствующую соматическую патологию и данные УЗ исследования холецистэктомия была произведена через минилапаротомный доступ.

Минилапаротомная холецистэктомия (МЛХЭ) проводилась в сроки более 72 часов от начала заболевания, причем в начале операции предпринимались попытки стандартной методики операции, а при возникновении технических трудностей ее проведения стремились выполнять нестандартные способы МЛХЭ.

Из 81 больного острым деструктивным холециститом, стандартная МЛХЭ выполнена у 43 (53,1%) больных; МЛХЭ от дна – у 27 (33,3%) больных, из них у 6 (22,2%) выполнена ампутация желчного пузыря и у 8 (29,6%) холецистэктомия выполнена по методу Федорова из-за плотного инфильтрата в шейки желчного пузыря и опасности повреждения гепатикохоледоха; МЛХЭ по Прибраму – у 11 (13,6%) больных (рис. 1).

В технике выполнения МЛХЭ от дна предусматривали следующие этапы: вскрытие просвета желчного пузыря и удаление его содержимого; пересечение желчного пузыря по границе тела и шейки; удаление стенок тела и дна желчного пузыря; удаление стенок шейки пузыря и пузырного протока; завершение операции.

В особо трудных ситуациях, при возникновении значительных технических сложностей в выделении желчного пузыря из окружающих тканей, обусловленных обширными фиброзно-рубцовыми изменениями, радикальное выделение стенок органа чревато ятрогенными повреждениями значимых анатомических образований, высокой вероятностью развития кровотечения из ложа желчного пузыря. В таких ситуациях холецистэктомия была завершена ампутацией желчного пузыря или ХЭ была выполнена по методу С.П. Федорова (1904 г.).

Суть операции по С.П. Федорову заключается в продольном вскрытии просвета желчного пузыря, введении туда пальца и постепенном иссечении (ножницами или скальпелем) стенок органа от дна к шейке. Особенно опасным моментом операции является выделение шейки желчного пузыря, запаянной в инфильтрате.

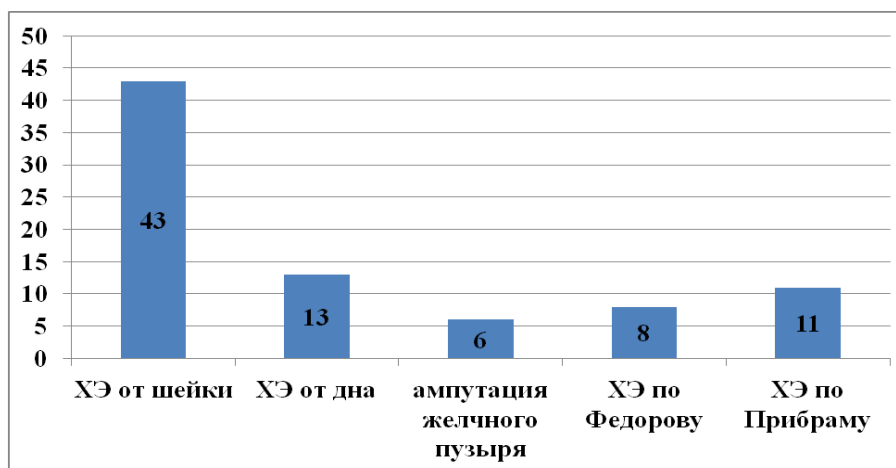


Рис. 1. Распределение больных основной группы в зависимости от выполненного метода холецистэктомии из минилапаротомного доступа

Необходимо помнить, что позади нее располагаются крупные сосуды, а сбоку, у начала пузырного протока, может быть припаян гепатикохоledoх. В связи с этим выделение шейки производили с особой осторожностью, как можно ближе к стенкам пузыря и пузырного протока. Все манипуляции выполняли под контролем введенного в полость желчного пузыря пальца левой руки.

В основной группе больных в 11 случаях главная сложность заключалась невозможно идентифицировать не только шейку, но и прилегающую к печени часть желчного пузыря. Отделить от печени без значительного повреждения ее паренхимы и как следствие интенсивного кровотечения. Для того, чтобы избежать этого осложнения, операцией выбора считали МЛХЭ с мукоклазией по Прибраму (1928 г.). Применялась следующая техника операции.

По средней линии на границе тела и дна желчного пузыря, используя прямые ножницы, изогнутые по ребру, продольно вскрывали его полость. Длина разреза стенки желчного пузыря, при необходимости, увеличивали по направлению к шейке. Конкременты захватывали окончатым зажимом и поэтапно извлекали. Далее иссекали стенки желчного пузыря по границе сращений. По границе линии, на уровне которой утрачена дифференцировка тканей, выполняли иссечение свободных участков стенки желчного пузыря. Гемостаз, коагуляция с прошиванием веточек пузырной артерии. Далее проводили мукоклазию. Оптимальным вариантом считали использование электрокоагуляции. Производили ее снизу вверх, линейными параллельными движениями шарикового электрода в режиме коагуляции. Визуально контролировали равномерность и глубину коагуляции слизистой, проводя воздействие до субсерозного слоя. Последним этапом пузырный проток тщательно обследовали на предмет наличия в нем конкрементов. В

подпеченочную область устанавливали страховочную дренажную трубку по стандартной методике.

Результаты исследования. С целью изучения результатов лечения нетипичных способов МЛХЭ мы использовали следующие показатели: длительность операций; частоту перехода на лапаротомию; частоту повреждений гепатикохоledoха; частоту местных осложнений; послеоперационную летальность.

Наименьшая длительность операции наблюдалась у больных с острым деструктивным холециститом, при выполнении стандартного способа МЛХЭ – $83,2 \pm 1,3$ мин. Все нетипичные способы МЛХЭ требовали больше времени для их выполнения: МЛХЭ «от дна» - $102,3 \pm 2,1$ мин; МЛХЭ по Федорову – $78,4 \pm 2,6$ мин; МЛХЭ по Прибраму – $89,2 \pm 1,7$ мин.

Конверсия при стандартной МЛХЭ потребовалась у 7 (16,3%) больных; при МЛХЭ «от дна» – у 1 (7,7%); при МЛХЭ с «ампутацией» желчного пузыря, при МЛХЭ по Федорову и Прибраму – конверсий не было. Причинами конверсии при проведении стандартной МЛХЭ при остром деструктивном холецистите, явились: невозможность идентификации пузырного протока и гепатикохоledoха в инфильтрате (2 больных), интенсивное паренхиматозное кровотечение из сосудов ложа желчного пузыря (1 больной), невозможность обнаружения пересеченного пузырного протока в инфильтрате (1 больной), интенсивное кровотечение из пузырной артерии (2 больных), повреждение гепатикохоledoха (1 больной). Переход на лапаротомию при проведении МЛХЭ «от дна» у 1 больной был обусловлен кровотечением из задней ветви пузырной артерии.

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

инфекционные внутрибрюшные осложнения (абсцессы брюшной полости).

Частота повреждений гепатикохоледоха при остром деструктивном холецистите, при проведении стандартной МЛХЭ наблюдалось нами у 1 из 43 больных (2,3%). При МЛХЭ «от дна» и нетипичных способах МЛХЭ повреждения гепатикохоледоха не было.

Частота местных осложнений после выполнения стандартной МЛХЭ наблюдалась у 6 (13,9%) из 43 больных и у 1 (2,6%) больного после нетипичной МЛХЭ из 38. В одном случае желчеистечение по дренажу из брюшной полости купировались благодаря проведению ЭПСТ для декомпрессии желчевыводящих путей с последующим проведением реминистрапомии и санации подпеченочного пространства при явлениях местного перитонита. Клиническая картина разлитого желчного перитонита развилась у 1 больного с недостаточностью культы пузырного протока после выполнения стандартной МЛХЭ, что потребовало проведение лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости с дополнительным лигированием пузырного протока. Еще в одном случае после стандартной МЛХЭ имело место транзитное желчеистечение по контрольному дренажу с дебитом не более 50 мл в сутки, разрешившееся консервативно. В 2-х случаях наблюдалось формирование подпеченочного абсцесса, который был дренирован под контролем УЗИ и в дальнейшем разрешился консервативно.

В 2-х наблюдениях имело место выделение большого (более 100 мл в сутки) количества крови по дренажам брюшной полости. Произведена реминистрапомия с удалением подпеченочной гематомы, в 2 случаях была выполнена лапаротомия с лигированием несостоятельной культы пузырной артерии.

Выводы:

1. Частота переходов на лапаротомию при остром деструктивном холецистите, при выполнении нетипичных способов МЛХЭ составляет 7,7%, что существенно ниже по сравнению со стандартной МЛХЭ, при которой частота конверсии достигает 16,3%.

2. Частота местных осложнений после проведения нетипичных способов МЛХЭ при остром деструктивном холецистите (2,6%) ниже, чем при выполнении стандартной МЛХЭ (13,9%).

3. Частота повреждений гепатикохоледоха при остром деструктивном холецистите, составила 2,3% при проведении стандартной МЛХЭ. После внедрения нетипичных способов МЛХЭ при остром холецистите повреждений гепатикохоледоха не наблюдалось.

4. При выполнении стандартной МЛХЭ при остром деструктивном холецистите, сохраняется относительно высокая опасность повреждения

гепатикохоледоха. Поэтому методом выбора в лечении данных больных является применение МЛХЭ «от дна», МЛХЭ с «ампутацией» желчного пузыря или МЛХЭ по Федорову и Прибраму.

Литература:

1. Ахмедов И. Г., Омаров Х. М. Острый деструктивный холецистит с пенетрацией язвы желчного пузыря в стенку желудка //Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2018. – №. 1. – С. 25-27.
2. Беловолова Е. В. и др. Особенности диагностики острого деструктивного калькулезного холецистита //Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16. – №. 4. – С. 66-70.
3. Власов А. П. и др. Острое поражение печени при остром деструктивном холецистите //Современные проблемы науки и образования. – 2017. – №. 5. – С. 187-187.
4. Каримов, Ш.И. Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита у больных с повышенным операционным риском Текст. / Ш.И. Каримов, В.И. Ким // Эндоскопическая хирургия. 2003. - №6. - С. 35-37.
2. Курбаниязов З. Б. и др. Эффективность использования миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом //Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 4. – С. 56-57.
3. Кулиш В.А. Малоинвазивные хирургические вмешательства в лечении осложненного деструктивного холецистита // Эндоскопическая хирургия. 2009. – №1. – С.106-107.
4. Луцевич О. Э. и др. Острый деструктивный холецистит у больных старческого возраста //Хирург. – 2013. – №. 5. – С. 19-26.
5. Прудков М.И. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении калькулезного холецистита / М.И.Прудков, А.Г. Бебуришвили, А.М. Шулутко // Эндоскопическая хирургия - 1996. – С. 12-16.
6. Прудков М.И., Столин А.В., Кармацких А.Ю. Современные эндохирургические технологии лечения острого калькулезного холецистита. // Эндоскопическая хирургия. 2007. Т. 13. № 1. С. 68-69.
7. Рахманов К. Э. и др. Причины и пути предупреждения ранних билиарных осложнений после холецистэктомии //Вестник науки и образования. – 2020. – №. 10-4 (88). – С. 93-97.
8. 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.
9. Acar T, Kamer E, Acar N, Atahan K, Bağ N, Naciyanlı M, Akgül Ö. Laparoscopic cholecystecto-

my 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.

10. 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]

11. 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]

12. 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]

13. Terho PM, Leppäniemi AK, Mentula PJ. Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: 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]

14. 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]

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Сайдуллаев З.Я., Давлатов С.С.

Резюме. Введение. Острый деструктивный холецистит является часто встречающимся осложнением желчекаменной болезни, большой практический интерес представляет разработка нетипичных способов выполнения минилапаротомной холецистэктомии, позволяющих избежать переходов на широкую лапаротомию. 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 I-клиники Самаркандского государственного медицинского института (клиническая база кафедр хирургических болезней №1 и общей хирургии Самаркандского государственного медицинского института) за период с 2018 по 2020 годы. Результаты исследования. С целью изучения результатов лечения нетипичных способов МЛХЭ мы использовали следующие показатели: длительность операций; частоту перехода на лапаротомию; частоту повреждений гепатикохоледоха; частоту местных осложнений; послеоперационную летальность. Выводы. При выполнении стандартной МЛХЭ при остром деструктивном холецистите, сохраняется относительно высокая опасность повреждения гепатикохоледоха. Поэтому методом выбора в лечении данных больных является применение МЛХЭ «от дна», МЛХЭ с «ампутацией» желчного пузыря или МЛХЭ по Федорову и Прибраму.

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