



КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Арзиев Исмоил Алиевич - к.м.н.,
доцент
Рахманов Косим Эрданович - д.м.н.,
доцент
Равшанов Мухаммадали Ихтиёр
угли магистр

Received 20th Nov 2023,
Accepted 25st Dec 2023,
Online 16th Jan 2024

Самаркандский государственный
медицинский университет

Abstract: В работе проведен анализ результатов хирургического лечения 83 больных с острым холециститом и холедохолитиазом. Этапное хирургическое лечение с применением предварительных декомпрессивных вмешательств на желчевыводящих протоках позволило купировать явления холестаза и гнойной интоксикации, улучшить результаты радикальных операций. При этом необходимость в применении диапевтических и эндоскопических трансдуоденальных вмешательств было у 81,8% больных с тяжелой степенью, 61,6% средней степени тяжести и 24,1% с легкой степени тяжести острого гнойного холангита. Оптимизация тактико – технических аспектов комплексного хирургического лечения больных острым холециститом и холедохолитиазом осложненным острым гнойным холангитом позволило значимо уменьшить послеоперационные гнойно – септические и холемические осложнения до 12,1%, летальности до 2,4%.

Key words: желчнокаменная болезнь, острый холецистит, холедохолитиаз, хирургическая тактика.

INTRODUCTION

Острый холецистит в сочетании с холедохолитиазом – одно из наиболее тяжелых и жизнеугрожающих осложнений заболеваний желчных путей, представляющее собой острое воспаление желчных протоков, возникающее на фоне устойчивого нарушения оттока желчи. Ведущей причиной нарушения оттока желчи является желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Каждый десятый житель планеты страдает ЖКБ, а холедохолитиаз, как её осложнение, встречается в 20-30% случаев (2,4,10).

Считается, что от 11 до 60 % пациентов с нарушением проходимости желчевыводящих протоков больны гнойным холангитом. На данный момент существует более 30 причин, которые могут обусловить нарушение оттока желчи. Однако основной причиной гнойного холангита считают острый холецистит и холедохолитиаз, который, в свою очередь, занимает ведущее место среди осложнений желчнокаменной болезни (1,6,9,11).

Объективизация оценки тяжести состояния и прогноза заболевания имеет особое значение для разработки перспективных направлений лечения острого холецистита и холедохолитиаза, для которого характерна гетерогенность клинических проявлений. Проблема объективной оценки операционного риска является ведущим в хирургии (3,12,13). В последние десятилетия, благодаря развитию малоинвазивных оперативных вмешательств и внедрением этапной хирургической тактики, летальность при остром холецистите и холедохолитиазе снижается. В основном это связано с развитием малоинвазивных оперативных вмешательств и внедрением этапной хирургической тактики, эффективность которой признана большинством клиницистов (5,7,8,14).

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных острым холециститом и холедохолитиазом дифференцированным применением миниинвазивных методов коррекции желчеоттока.

Материал и методы исследования.

В группе из 83 больных с острым холециститом и холедохолитиазом, оперированных в 2013-2023 г.г. лечение осуществлялось с учетом степени тяжести острого гнойного холангита (ОГХ), предложенной на согласительной конференции в Токио (2013). В соответствии с этими критериями легкая степень тяжести констатирована у 54 (65%), средняя у 18 (21,6%), тяжелая у 11 (13,2%) больных.

Больные были подвергнуты различным малоинвазивным и открытым хирургическим вмешательствам с учетом предложенных критериев тяжести, а также наличия клиники острого деструктивного холецистита и перитонита.

У пациентов со средней степенью тяжести (n=18) и тяжелой степенью ОГХ (n=11) первым этапом лечения у 20 больных применяли миниинвазивные декомпрессивные вмешательства. (табл. 1).

Таблица 1.

Хирургические вмешательства у больных с ОГХ средней степени тяжести и тяжелой степени в основной группе (n=29)

Диагноз	Вид операции		К-во	
			больных	
Острый гнойный холангит и острый деструктивный холецистит	ЧЧМХС, ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ		
	ЧЧМХС, ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ		
	ЧЧМХС →	МЛХЭ, холедохолитотомия		
Острый гнойный холангит, острый деструктивный холецистит и перитонит	Лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия и санация брюшной полости		4	
Острый гнойный холангит, хронический калькулезный холецистит	ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ	1	6
	МЛХЭ, холедохолитотомия			

При этом у 9 пациентов с острым деструктивным холециститом произведена декомпрессия желчного пузыря посредством чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии (ЧЧМХС) под контролем УЗИ. Затем у 5 из них выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) и назобилиарное дренирование (НБД). У остальных 4 больных ЧЧМХС значительно купировало клинические проявления ОГХ. У 11 пациентов без клиники острого холецистита первым этапом произведено эндоскопическое трансдуоденальное вмешательство- ЭПСТ с литоэкстракцией и НБД холедоха. Вторым этапом у этих 20 пациентов на 7-12 сутки произведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) -13, минилапаротомная холецистэктомия (МЛХЭ) - 7, при этом у 4 МЛХЭ дополнена холедохолитотомией.

У 4 больных с клиникой перитонита по экстренным показаниям произведена лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия и санация брюшной полости. Еще 5 больным с прогрессирующей клиникой ОГХ при безуспешной попытке ЭПСТ произведена ХЭ с холедохолитотомией из открытого минидоступа.

Таким образом, двухэтапное хирургическое лечение проведено 11 (61,1%) больным со средней степенью тяжести и 9 (81,8%) с тяжелой степенью ОГХ.

При ОГХ легкой степени тяжести двухэтапное хирургическое лечение проведено 13 (24,1%), одноэтапная радикальная хирургическая операция выполнена 41 пациенту (табл. 2).

Таблица 2.

Хирургические вмешательства у больных с ОГХ легкой степени тяжести в основной группе (n=54)

Диагноз	Вид операции		К-во	
			больных	
	ЧЧМХС, ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ		

Острый холангит и деструктивный	гнойный и острый холецистит	ЧЧМХС, ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ		
		ЧЧМХС →	МЛХЭ, холедохолитотомия		
Острый холангит, деструктивный и местный перитонит	гнойный острый холецистит	Лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия и санация брюшной полости			13
Острый холангит, калькулезный	гнойный хронический холецистит	ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ		2
		ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ		
		МЛХЭ, холедохолитотомия		8	

Всего ЧЧМХС в хирургическом лечении больных с ОГХ произвели 18 (21,7%) больным исследуемой группы. Дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ проводили через участок паренхимы печени с целью герметизации канала и профилактики подтекания желчи в брюшную полость.

Дренирование во всех случаях проводили «зонтичным» стилет – катетером с «корзинкой» на конце, диаметром катетера 4F и 9F.

После выполнения микрохолецистостомии содержимое желчного пузыря полностью эвакуировали, полость его промывали физиологическим раствором до чистого отделяемого и дренаж удлиняли. Отделяемое по дренажу оценивали визуально и направляли на бактериологическое исследование. Полноту опорожнения полости желчного пузыря контролировали эхографически.

В этой исследуемой группе ЭПСТ выполнено всего 27 больным. При этом 15 пациентам без клиники деструктивного холецистита первым этапом произведено ЭПСТ и НБД. 12 пациентам с превалированием клиники острого деструктивного холецистита данное вмешательство произведено после ЧЧМХС. Вместе с тем следует отметить что у 9 больных попытки ЭПСТ и установки НБД были безуспешны, а в одном случае у пациентки развился острый панкреатит с летальным исходом.

Таким образом, 2-х этапное хирургическое лечение проведено 33 больным исследуемой группы, что составило 39,7%. Этим больным после предварительной миниинвазивной декомпрессии желчных путей вторым этапом на 7-12 сутки произведено ХЭ, причем 22 –ЛХЭ, 11 – МЛХЭ и из них у 6 МЛХЭ дополнено холедохолитотомией.

50 (60,3%) больным исследуемой группы радикальная операция – ХЭ и холедохолитотомия произведено как из широкого лапаротомного доступа у 17 больных при сочетании ОГХ с острым деструктивным холециститом и перитонитом, так и из минилапаротомного доступа у 33 больных. Таким образом, ЛХЭ проведено 22 (26,5%) больным, ХЭ из минидоступа 44 (53%), ХЭ из широкого лапаротомного доступа 17 (20,5%).

Все хирургические вмешательства в основной группе больных завершены дренированием холедоха, из них у 56 (67,5%) - наружное дренирование, у 27 (32,5%) - НБД при эндоскопическом трансдуоденальном вмешательстве.

Результаты и их обсуждение.

В исследуемой группе послеоперационные осложнения развились у 10 больных, что составило 12,1%. При этом, биломы подпеченочной области сформировались у 3 (3,6%) пациентов, которые успешно санированы пункциями под контролем УЗИ. У 2 (2,4%) пациентов наблюдалось холемическое кровотечение из печени с области чрезпеченочной пункции желчного пузыря. Наружное желчеистечение наблюдалось у 2 пациентов, при релапароскопии в 1 случае выявлено несостоятельность культи пузырного протока которая повторно клипирована, еще в 1 наблюдении произведена коагуляция ложа желчного пузыря как источника желчеистечения в брюшной полости. Дуоденальное кровотечение отмечено у 1 больной после ЭПСТ, кровотечение остановлено. У 1 больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс санированный повторными пункциями под контролем УЗИ. У 3 больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

Умерло 2 из оперированных 83 больных, летальность составило 2,4%. Причиной неблагоприятного исхода явились острый панкреатит как осложнение трансдуоденального эндоскопического вмешательства у 1 пациентки и продолжающийся перитонит в 1 наблюдении.

Таким образом, дифференцированный подход в хирургическом лечении больных острым холециститом и холедохолитиазом с применением миниинвазивных декомпрессивных вмешательств способствовало раннему купированию холангита, предупреждению образования абсцессов печени и развитию билиарного сепсиса. Достигнуто уменьшение гнойно – септических осложнений с 24,5% до 12,1%, летальности с 8,2% до 2,4%.

Выводы:

1. Этапное хирургическое лечение больных острым холециститом и холедохолитиазом с учетом степени тяжести острого гнойного холангита и применением предварительных декомпрессивных вмешательств на желчевыводящих протоках позволило купировать явления холестаза и гнойной интоксикации, улучшить результаты радикальных операций. При этом необходимость в применении диапевтических и эндоскопических трансдуоденальных вмешательств было у 81,8% больных с тяжелой степенью, 61,6% средней степени тяжести и 24,1% с легкой степени тяжести острого гнойного холангита.

2. Дифференцированное применение миниинвазивных методов хирургического лечения больных острым холециститом и холедохолитиазом осложненным острым гнойным холангитом способствовало улучшению результатов лечения за счет раннего купирования холангита, предупреждения образования абсцессов печени и развития билиарного сепсиса. Достигнуто уменьшение послеоперационных гнойно – септических и холемических осложнений до 12,1%, летальности до 2,4%.

Литература.

1. Abdurakhmanov D. S., Rakhmanov Q. E. Analysis of surgical treatment options for different types of mirizzi syndrome //Электронный инновационный вестник. – 2021. – №. 2. – С. 25-28.
2. Akhmedov B. A. et al. Combination of mini-invasive interventions in the treatment of varicosis of the lower limbs //volgamedscience. – 2021. – С. 337-338.
3. Akhmedov B. A. et al. Surgical approach to the treatment of patients with posttraumatic scar structures of the main bile ducts //volgamedscience. – 2021. – С. 341-342.
4. Davlatov S. S. et al. Efficiency of minimally invasive methods of surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis //Academy. – 2017. – №. 7 (22).
5. Davlatov S. S., Rakhmanov K. E., Abdurakhmanov D. S. Tactics of managing patients with bile leakage after cholecystectomy //Problems of Science and Education. – 2020. – №. 13. – С. 97.
6. Sh, Abdurakhmanov D., and L. O. Khaidarovoy. "Algorithm for the management of patients with liver echinococcosis." Problems of Science and Education. S 92 (2020).
7. Абдурахманов Д., Анарбоев С., Рахмонов К. Choice of surgical tactics for mechanical jaicular //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 5-10.
8. Алиев Ю.Г. Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложнений желчнокаменной болезни / Ю. Г. Алиев // Хирургия. Журнал им. И.И. Пирогова. – 2013. – N 5. – С. 73 -75.
9. Борисов А.Е. Пути оптимизации стандартов лечения острого холецистита / А.Е. Борисов, В.А. Кащенко, К.Г. Кубачев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. –2012. – N 6. – С. 80-85.
10. Ветшев П.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с механической желтухой / П.С. Ветшев // Анналы хирург. гепатологии. – М., 2014. – 198 с.
11. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Ветшев П.С., Дюжева Т.Г. Дифференцированный подход к применению минимально инвазивных методов лечения опухолевой механической желтухи //Анналы хирургической гепатологии. – 2019. – Т. 24. – №. 2. – С. 10-24.
12. Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Китаева М.А., Танцев А.О., Теплов В.М., Багненко С.Ф. Холангит и билиарный сепсис на фоне холецистохоледохолитиаза. Критерии диагностики, лечебная тактика в стационарном отделении скорой медицинской помощи //Скорая медицинская помощь. – 2018. – Т. 19. – №. 1. – С. 31-35.
13. Назиров Ф.Г., Акилов Х.А., Акбаров М.М. Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной холангитом и печеночной недостаточностью // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. №2. С. – 117-118.
14. Хаджибаев Ф.А. и др. Роль и место миниинвазивных эндобилиарных вмешательств при гнойном холангите //Вестник экстренной медицины. – 2018. – №. 3.