



МИНИИНВАЗИВНЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Хасанов А.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет.

АННОТАЦИЯ: Желчнокаменная болезнь встречается у 10-15% взрослого населения, а частота гнойных осложнений воспалительных заболеваний желчных путей встречается в 46% случаях и несмотря на пристальное внимание исследователей к этой проблеме, остается в высшей степени актуальной. Воспалительный процесс в данной локализации характеризуется не только местным гнойно-деструктивным процессом, но и системными расстройствами, способствующим к быстрому развитию тяжелой эндогенной интоксикации и выраженной дисфункции органов. Благодаря внедрению в клиническую практику новых современных методов диагностики (УЗИ, КТ, МРТ, РПХГ) и миниинвазивных методов лечения удалось значительно улучшить результаты лечения ЖКБ и её осложнений, таких как острый деструктивный холецистит, холедохолитиаз и гнойный холангит.

Ключевые слова. Печень, холецистит, холангит, камни в желчном пузыре, УЗИ.

MINIMALLY INVASIVE APPROACH TO THE CHOICE OF
SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF
CHOLELITHIASIS

Khasanov A.Kh.

Samarkand State Medical University.

ANNOTATION: Cholelithiasis occurs in 10-15% of the adult population, and the frequency of purulent complications of inflammatory diseases of the biliary



tract occurs in 46% of cases and, despite the close attention of researchers to this problem, remains highly relevant. The inflammatory process in this localization is characterized not only by a local purulent-destructive process, but also by systemic disorders that contribute to the rapid development of severe endogenous intoxication and severe organ dysfunction. Thanks to the introduction into clinical practice of new modern diagnostic methods (ultrasound, CT, MRI, RPCG) and minimally invasive treatment methods, it was possible to significantly improve the results of treatment of cholelithiasis and its complications, such as acute destructive cholecystitis, choledocholithiasis and purulent cholangitis.

Keywords. Liver, cholecystitis, cholangitis, gallstones, ultrasound.

Актуальность. Острый деструктивный холецистит в сочетании с холедохолитиазом и гнойный холангит одни из наиболее тяжелых и жизнеугрожающих осложнений заболеваний желчных путей, представляющие собой острое воспаление желчных протоков, возникающее на фоне устойчивого нарушения оттока желчи. Учитывая тот факт, что большая часть больных острым деструктивным холециститом и прогрессирующей обструктивной желтухой поступает в общехирургические стационары, нередко различные подходы в диагностике, тактических решениях и лечении. При установленном диагнозе осложненных форм желчнокаменной болезни выбор метода оперативного вмешательства нередко зависит от возможностей дежурного стационара и врачебной бригады, а иногда определяется утвержденной в данном учреждении единой лечебной тактикой.

Методические аспекты диагностики и лечения осложненных форм желчнокаменной болезни описаны в современной литературе, однако доводы авторов порой разноречивы и мало доказуемы, особенно это относится к оценке возможностей малоинвазивных методик. **В многочисленных исследованиях результаты хирургического лечения не всегда удовлетворяют специалистов, в 20 % случаев у больных возникают**

септические состояния, в результате которого от 6,25% до 30,0% наблюдениях заканчиваются летальным исходом.

Учитывая широкое распространение желчнокаменной болезни и ее осложнений как острый деструктивный холецистит и гнойный холангит, рост оперативных вмешательств, а также широкое внедрение новых технологий, очевидна актуальность изучения и оптимизации тактико-технических аспектов лечения осложненных форм желчнокаменной болезни и определения эффективности современных малоинвазивных оперативных вмешательств.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с осложненными формами желчнокаменной болезни путем разработки и внедрения тактики вмешательств на билиарных путях с использованием диапневтических и рентген-эндоскопических методов.

Материалы и методы исследования. В хирургических отделениях клиники Самаркандского государственного медицинского университета за последние 8 лет в период 2015-2022 г.г. прооперировано 1636 больных с холелитиазом, из них 301 (18,4%) с осложненными формами желчнокаменной болезни (рис. 2.1), т.е. примерно каждый пятый.

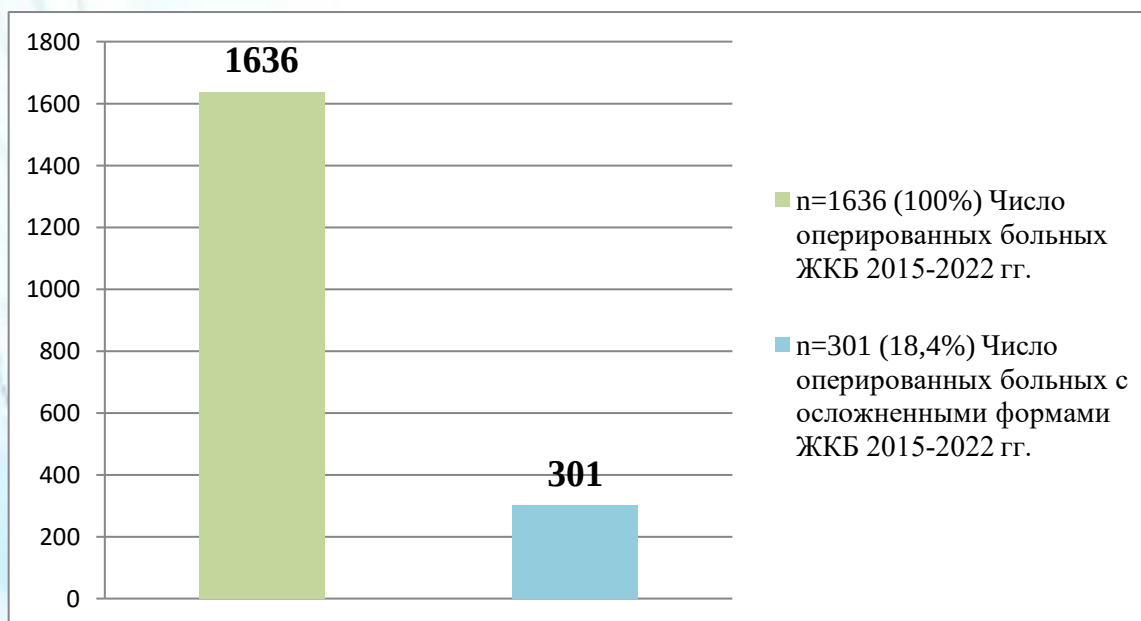


Рис. 2.1 Число оперированных больных с осложненными формами ЖКБ в соотношении с числом всего оперированных больных холелитиазом

Исходя из цели нашего исследования нами изучены результаты обследования и лечения 301 больных с осложненными формами ЖКБ.

В соответствии с целью и задачами исследования больные были разделены на следующие группы исследования:

1. Группу сравнения составили 137 больных, которые в период 2015-2018 гг. оперированы по поводу острого холецистита и поражения желчных протоков по экстренным и срочным показаниям;

2. Основную группу исследования составили 164 пациентов. Предложенный нами алгоритм проведения лечебно-диагностической тактики был построен с учетом приоритетного использования методов оперативного лечения с применением миниинвазивных хирургических вмешательств. При клинической реализации программы были положены рекомендации общества Европейской ассоциации хирургии - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). В исследовании обе группы больных были идентичны как по возрасту, так и по выраженности клинических проявлений и тяжести заболевания.

Согласно классификации, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ (2016 г.) пациенты пожилого (60-74 лет) и преклонного возраста (75 лет и старше) составили – 68 (22,6%) и 13 (4,3%) соответственно. Основную массу составили пациенты младшего среднего возраста 65 (21,7%) и старшего среднего возраста 138 (46,2%). 19 (6,6%) составили больные молодого возраста (табл. 2.1)

Таблица 2.1.

Распределение больных осложненными формами ЖКБ по полу и возрастным группам

Возрастная группа	Возраст больных	Муж.	Жен.	Всего	%
Молодые	18-29	8	11	19	6,6



Младший возраст	средний 30-44	23	42	65	21,7
Старший возраст	средний 45-59	45	92	138	46,2
Пожилые	60-74	32	35	67	22,8
Преклонный возраст	старше 75	4	8	12	4,3
Всего		112	189	301	100

Превалировали пациенты женского пола – 189 (62,8%), мужчины – 112 (37,2%) (табл. 2.1). Соотношение женщин и мужчин 1,8:1.

Анализируя данные анамнеза, было выявлено, что в 44,9% случаях (135 больных) средняя продолжительность заболевания составила более 2 лет. Следует отметить, что в 24,0 % случаях (72 пациента) начальные признаки заболевания появились в среднем 5 лет назад. 39 больных (13%) поступили в хирургическое отделение клиники с первым приступом в анамнезе заболевания, однако, как показали данные, у каждого второго пациента данная патология желчного пузыря наступила не спонтанно, а на фоне длительного текущего хронического воспаления. Более 37,0% (111 пациентов) от общего числа больных проходили неоднократное стационарное лечение по поводу тех или иных заболеваний желчного пузыря или желчных протоков (табл. 2.2).

Таблица 2.2

Распределение больных по продолжительности анамнеза заболевания

Продолжительность анамнеза	Всего больных	
	Абс.	%
Впервые	39	13
До 2 лет	135	44,9
От 2 лет до 5 лет	72	23,9
5 лет и более	55	18,2
Итого	301	100,0



Анализ полученных результатов показал, что у большинства больных старших возрастных групп диагностируемая картина острого холецистита развивалась на фоне хронического процесса в желчном пузыре, и это привело в период госпитализации формированию очагов воспаления в желчном пузыре и желчных протоках. Следовательно, мы приходим к следующему выводу, что хронизация воспалительных процессов в желчном пузыре приводит к развитию грозных осложнений острого холецистита в виде патологических преобразований в общем желчном и внутрипеченочных желчевыводящем протоках, склерозу с последующей деформацией большого дуоденального сосочка.

Анализ времени поступления больных в хирургическое отделение показало, что с момента появления первых признаков острого холецистита на первые сутки были госпитализированы всего лишь 78 больных (25,8%), основная масса больных поступила к концу вторых – третьих суток, из этого контингента больных 59 пациентов поступили позже, спустя 3-4 суток.

Результаты и обсуждение работы: из всех 137 больных контрольной группы у 98 (71,5%) превалировала клиника острого деструктивного холецистита, а у 39 (28,5%) клиника механической желтухи и холангита вследствие холедохолитиаза и стеноза БДС.

Мы исходили из принципа, что эффективное лечение острого деструктивного холецистита и обструктивного холангита предусматривает соблюдение принципа активной хирургической тактики, вследствие которой при осложненных формах желчекаменной болезни в группе пациентов пожилого и старческого возрастов показано хирургическое вмешательство, которое необходимо провести в первые 24-48 часов с момента госпитализации.

Операции по экстренным показаниям (в течении ближайших 6 часов от поступления в стационар) произведены у 65 (47,4%) больных, из них у 53 вследствие острого деструктивного холецистита. Также 12 больным операции

по экстренным показаниям проведены при наличии клиники острой обструкции холедоха с нарастающей механической желтухой и холангитом.

По срочным показаниям (в течении ближайших 24-72 часов) оперированы 72 (52,5%) пациентов при отсутствии перитонеальной симптоматики и выраженной прогрессирующей клиники обструктивного холангита (рис. 3.1).

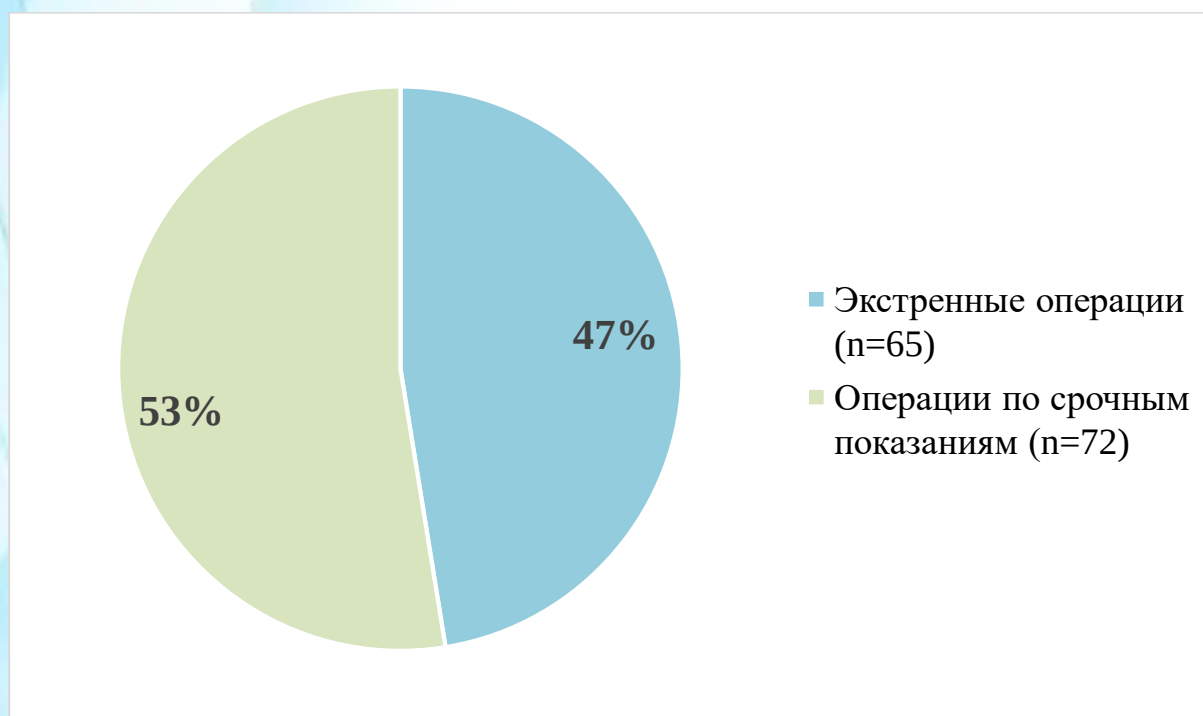


Рис. 3.1 Срочность хирургических вмешательств у больных пожилого и старческого возраста с осложненными формами ЖКБ в гр. сравнения (n=137)

У всех оперированных 137 больных группы сравнения хирургическое вмешательство заключалось в выполнении ХЭ (у 98 больных), либо ХЭ с холедохолитотомией (у 39 больных) с наружным дренированием холедоха, причем оперативное вмешательство выполнено из широкого лапаротомного доступа у 56, из минилапаротомного доступа – 81 (рис. 3.2).

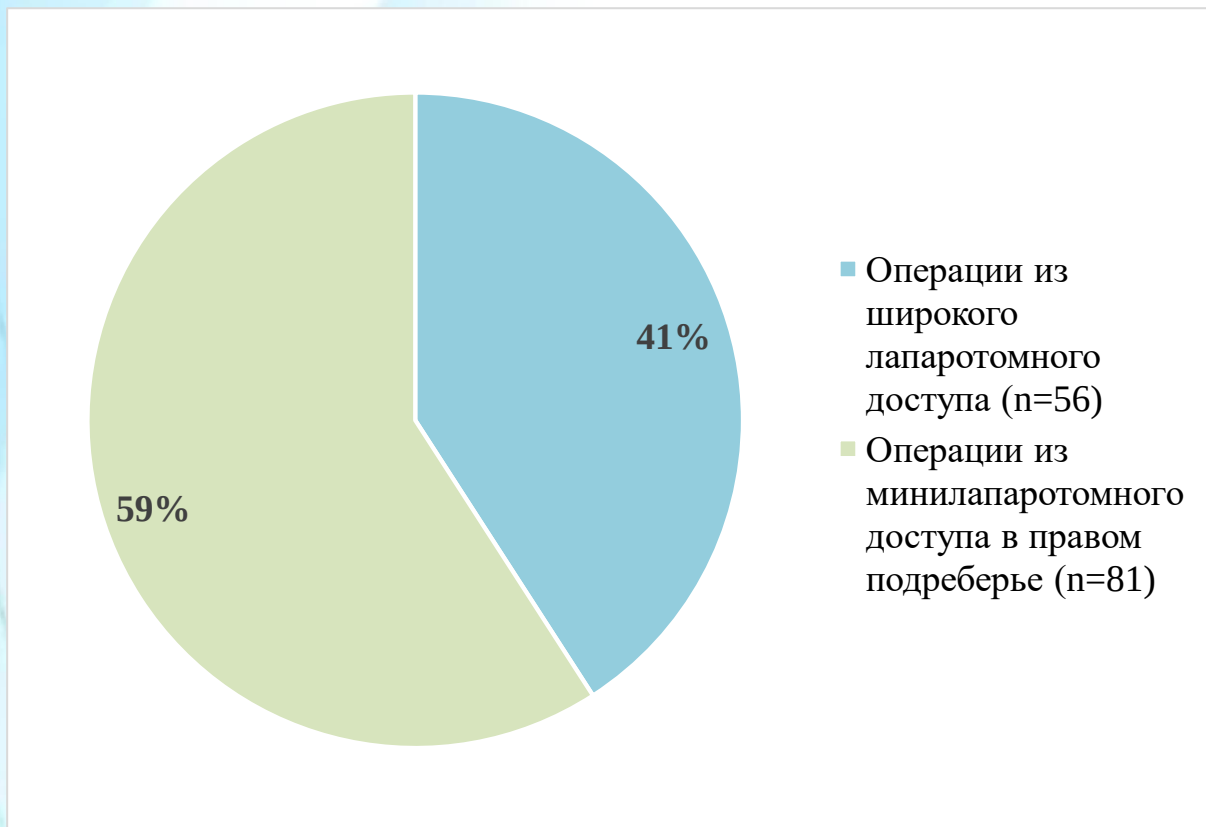


Рис. 3.2 Хирургические доступы при осложненных формах ЖКБ у больных пожилого и старческого возраста в гр. сравнения (n=137)

Анализ частоты летальности и послеоперационных осложнений в зависимости от срочности операций в гр. сравнения показало, что эти показатели худшие после выполнения операций по экстренным показаниям: - летальность 4,6%, абдоминальные билиарные и септические осложнения 12,3%, внеабдоминальные осложнения коморбидной патологии 13,8%. При выполнении операций по срочным показаниям летальность составила 1,4 %, частота билиарных и септических осложнений 6,9%, внеабдоминальные осложнения 9,7%.

Вывод. Прогностически неблагоприятными факторами в лечении больных осложненными формами ЖКБ являются выполнение экстренных одномоментных радикальных операций у больных острым деструктивным холециститом и гнойным холангитом с тяжелой степенью интоксикации согласно Токийской классификации TG 18.

Сонодиапевтические методы декомпрессии желчного пузыря являются эффективным экстренным способом лечения осложнений острого



холецистита позволяющие купировать гнойную интоксикацию и на последующем этапе лечения выполнить холецистэктомию лапароскопическим способом у 29,6% и из минидоступа 53,7%.

Рентген-эндоскопические вмешательства целесообразно проводить в объеме ЭПСТ с обязательным назобилиарным дренированием при клиннки гнойного холангита и гипербилирубинемии свыше 100 мкмоль/л и при этом ЭПСТ явилось окончательным методом лечения у 16,1% больных.

Приоритетное использование миниинвазивных декомпрессионных вмешательств в этапном лечении больных осложненными формами ЖКБ способствовало раннему купированию инфекционного процесса, предупреждению развития билиарного и абдоминального сепсиса и позволило снизить летальность с 5,1% до 2,4%, билиарные и септические осложнения с 17,5% до 7,3%.

Литературы

1. Антонюк О.С., Шаповалов И.Н., Хацко В.В., Мамисашвили З.С., Коссе Д.М. Клинические проявления холедохолитиаза //Вестник гигиены и эпидемиологии № 2 2018. – 2021. – Т. 25. – №. 1. – С. 62-65.
2. Бобоев Б.Д. Современные аспекты диагностики желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом / Б.Д. Бобоев, В.П. Морозов // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. – 2011. – N 1(18). – С. 5-9.
3. Сайдуллаев З.Я., Хайдарова Л.О., Давлатов С.С. Совершенствование малоинвазивных хирургических методов лечения больных острым холециститом //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 164-170.
4. Бойко В.В. и др. Изменение физико-химических свойств желчи в процессе возникновения и манифестации холангита. Острый холангит: возможные механизмы запуска //Новости хирургии. – 2021. – Т. 29. – №. 1.
5. Хужабаев С.Т. и др. Холецистэктомия из мини доступа //Бюллетень Северного государственного медицинского университета. – 2010. – №. 1. – С. 24-24.



6. Бурневич Э.З. и др. Вариантная форма аутоиммунного поражения печени (первичный билиарный холангит/аутоиммунный гепатит-перекрест), ассоциированная с генерализованным саркоидозом (клинические наблюдения и обзор литературы) //Терапевтический архив. – 2019. – Т. 91. – №. 1.
7. Дусияров М.М., Хайдарова Л.О. Оценка эффективности антиспаечного покрытия из производных целлюлозы на модели образования спаек в брюшной полости в эксперименте //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 171-190.
8. Вайнер, Ю.С. Антеградные эндобилиарные операции в лечении больных механической желтухой / Вайнер Ю.С., Атаманов Г.В., Верятин Л.С., Шидловская Е.В. //Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневского. - 2017.- № 1.- С. 664.
9. Хужабаев С. и др. Хирургия желчнокаменной болезни у больных пожилого возраста //Каталог монографий. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 1-108.
10. Рустамов И. М., Рустамов М. И., Аскарлов П. А. Оптимальные методы хирургического лечения свежих повреждений магистральных желчных протоков //Проблемы биологии и медицины. – 2020. – Т. 4. – №. 1. – С. 121.
11. Вахрушев Я.М. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Я.М. Вахрушев, М.А. Хохлачева // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – N 3(29). – С. 30-35.