

# МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Назаров З.Н.<sup>1</sup>, Юсупалиева Д.Б.<sup>2</sup>, Тилавова Ю.М.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Назаров Зокир Норйигитович – ассистент,  
кафедра хирургических заболеваний № 1,  
Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд;

<sup>2</sup>Юсупалиева Дилнора Баходир кизи – студент,  
лечебный факультет,  
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент;

<sup>3</sup>Тилавова Юлдуз Мухаммадиукур кизи – студент,  
кафедра хирургических заболеваний № 1,  
Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд,  
Республика Узбекистан

**Аннотация:** нами проведен анализ у 4037 пациентов, оперированных в клинике СамМИ за период 2008-2018 годов. Конверсия минидоступа в традиционное пособие потребовалась в 2,08%. Проведенное исследование непосредственных и отдаленных результатов холецистэктомии в зависимости от способа операции показало, что: - переход от методики традиционной холецистэктомии к малоинвазивным технологиям, особенно операции из минидоступа, позволил существенно снизить частоту осложнений; - течение раннего послеоперационного периода при выполнении операции с применением малоинвазивных методик характеризуется малой выраженностью болевого синдрома, позволяет отказаться от применения наркотических анальгетиков и активизировать больного с первых послеоперационных суток.

**Ключевые слова:** острый холецистит, холецистэктомия, мини-доступ, конверсия, отдаленные результаты.

**Актуальность.** Диагностика, лечение и реабилитация больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) остаются одной из актуальных проблем хирургии [2, 6, 10, 19]. Среди различных заболеваний желчевыводящей системы желчнокаменная болезнь занимает 50-65% [1, 5, 8, 13, 18]. По данным большинства исследователей, ЖКБ страдают практически каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина [3, 7, 14, 20]. Неутешительные результаты консервативного лечения ЖКБ определили рост оперативной активности. Хирургический метод лечения, являясь патогенетически обоснованным, сохраняет свои лидирующие позиции. Операция удаления желчного пузыря - холецистэктомия - в настоящее время рассматривается как операция выбора при воспалительных и других заболеваниях желчного пузыря [4, 6, 9, 15]. В настоящее время наряду с традиционной холецистэктомией получили признание, так называемые малоинвазивные технологии, к которым относятся лапароскопические вмешательства и операции из минилапаротомного доступа [2, 8, 11, 16].

Основным достоинством последних, по мнению многих исследователей, является малая степень травматизации тканей. Течение послеоперационного периода во многом связано не столько с объемом хирургического воздействия непосредственно в брюшной полости, сколько с локализацией и размерами операционной раны [2, 8, 12]. Учитывая рост числа больных и появление новых малотравматичных методов хирургического вмешательства, показания к оперативному лечению пациентов значительно расширяются, что естественно приводит к увеличению количества операций. Среди больных общехирургических отделений острый холецистит - самая частая патология, идущая на уровне острого аппендицита и даже превышающая его (обнаруживается у 20-25% всего контингента больных) [3, 10, 17].

Применяемые инструменты позволили значительно расширить операционное поле. Появились работы, доказывающие эффективность данной методики при операциях на желчных путях.

**Цель исследования.** Разработка активной хирургической тактики и оценка эффективности миниинвазивных оперативных вмешательств в лечении острого холецистита.

**Материал и методы исследования.** Нами проведен анализ у 4037 пациентов оперированных в клинике СамМИ за период 2008-2018 годов. Конверсия минидоступа в традиционное пособие потребовалась в 84 (2,08%). Таким образом, 3953 операции при остром холецистите завершены холецистэктомией из мини-доступа. В нашем исследовании среднее время операции при остром калькулезном холецистите составило  $56,41 \pm 7,3$  минуты в случае выполнения холецистэктомии из традиционного широкого доступа. Продолжительность холецистэктомии из минидоступа при остром калькулезном холецистите в среднем составила  $61,21 \pm 9,7$  минуты. Сложности, возникшие в процессе операции и потребовавшие конверсии доступа, были связаны с инфильтративно - спаечными изменениями в подпеченочном пространстве у 47 пациентов (1,16%), с синдромом Мирizzi 19 (0,47%) и

склероатрофическими изменениями желчного пузыря и его интрапеченочным расположением у 18 пациентов (0,44%).

**Результаты.** Интраоперационные осложнения, приведшие к расширению доступа, имели место в 7 наблюдениях (0,17%) при остром холецистите. Во всех 7 наблюдениях во время операции по поводу острого калькулезного холецистита отмечено кровотечение из пузырной артерии. Осложнения в послеоперационном периоде в группе завершенных по методике МЛХЭ вмешательств развились у 40 наблюдений (0,99%) в группе пациентов с острым холециститом. Общесоматические осложнения отмечены у 12 пациентов (0,29 %). Структура общесоматических осложнений выглядит следующим образом: - пневмония - 5 (0,12%); - пароксизм мерцательной аритмии - 3 (0,07%); - тромбоэмболия ветвей легочной артерии - 2 (0,05%); - острый тромбофлебит вен нижних конечностей 2 (0,05%). Послеоперационные осложнения, связанные с зоной операции, представлены 28 наблюдением (0,69%). Структура осложнений, связанных с зоной операции, представлена следующим образом: - несостоятельность культи пузырного протока - 7; - внутрибрюшное кровотечение (из ложа желчного пузыря) - 6; - абсцесс подпеченочного пространства - 3; - гематома подпеченочного пространства - 4; - ятрогенное повреждение холедоха - 3; - гематома послеоперационной раны - 3; - абсцесс сальниковой сумки - 2. В 18 наблюдениях была выполнена релапаротомия: у 7 пациентов с повторным лигированием культи пузырного протока, у 6 пациентов с остановкой внутрибрюшного кровотечения прошиванием ложа пузыря, у 2 пациента вскрытие и дренирование гематомы подпеченочного пространства и у 3 пациента с формированием холедохоэнтероанас-томоза в связи с ятрогенным повреждением холедоха. Для лечения подпеченочных гематом и абсцессов прибегли к дренированию гнойных очагов под контролем УЗ с выраженным положительным эффектом - у 5 пациентов. Так в 3 наблюдениях под контролем УЗ был дренирован абсцесс подпеченочного пространства, в 2 наблюдениях дренирование под контролем УЗ было выполнено в связи с гематомой подпеченочного пространства, в 2 наблюдениях был дренирован абсцесс сальниковой сумки. Исходя из вышеуказанных данных, наименьшая частота интра- и послеоперационных осложнений при остром калькулезном холецистите отмечается в группе пациентов с применением МЛХЭ и составляет 1,87% от числа операций, выполненных с применением этой методики.

Частота осложнений при выполнении операции из лапароскопического доступа при остром холецистите в нашем исследовании составила 2,79%. Таким образом, результаты лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из минидоступа сопоставимы и существенно лучше, чем при ТХЭ. Наибольшее число осложнений выявлено в группе больных, перенесших операцию и традиционного широкого доступа. Частота осложнений у пациентов с острым холециститом в этой группе составила 9,43%. На течение раннего послеоперационного периода большое влияние оказывает характер заболевания и вид хирургического вмешательства.

Малоинвазивные вмешательства при ЖКБ выполняются с минимальной травмой для больного. Течение раннего послеоперационного периода после мини-инвазивных операций (МЛХЭ) в большинстве случаев было гладким. Отсутствия больших ран на передней брюшной стенке позволяло провести раннюю активизацию при минимальных усилиях со стороны больного. Больные были активны с первых суток после операции. У пациентов, которым была выполнена холецистэктомия из мини-доступа, средний койко-день составил  $4,4 \pm 0,3$  дня. Несколько иная картина наблюдается после традиционной холецистэктомии. Пациенты позже начинают подниматься с постели.

Кроме того, активизация в этом случае в значительной степени зависит от возраста больного и сопутствующих заболеваний. Чем старше больной, чем больше избыточная масса тела, тем дольше он не может подняться и начать двигаться. Создаются благоприятные условия для проявления сопутствующих заболеваний, связанных с гиподинамией, таких как хронический бронхит, ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь (ГБ). Увеличивается вероятность присоединения инфекции. Нарушаются физиологические функции организма, появляются запоры. Период реабилитации затягивается. В нашем исследовании средний послеоперационный койко-день у пациентов после ТХЭ составил  $9,12 \pm 0,7$  дня.

**Выводы.** Проведенное исследование непосредственных и отдаленных результатов холецистэктомии в зависимости от способа операции показало, что: - переход от методики традиционной холецистэктомии к малоинвазивным технологиям, особенно операции из минидоступа, позволил существенно снизить частоту осложнений; - течение раннего послеоперационного периода при выполнении операции с применением малоинвазивных методик характеризуется малой выраженностью болевого синдрома, позволяет отказаться от применения наркотических анальгетиков и активизировать больного с первых послеоперационных суток.

Применение мини-инвазивных методик позволило существенно снизить продолжительность послеоперационного койко-дня; - качество жизни пациентов после холецистэктомии с применением малоинвазивных методик выше, чем у пациентов, перенесших операцию из традиционного доступа.

### Список литературы

1. Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э. Совершенствование хирургического лечения больных со свежими повреждениями магистральных желчных протоков // Шпитальна хірургія, 2014. № 4. С. 39-44.
2. Давлатов С.С. и др. Эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Academy, 2017. № 7. С. 92-94.
3. Давлатов С.С. Новый метод детоксикации организма в лечении больных гнойным холангитом // Журнал МедиАль, 2013. № 3 (8).
4. Давлатов С.С. Новый метод детоксикации плазмы путем плазмафереза в лечении холемического эндотоксикоза // Бюллетень Северного Государственного медицинского университета, 2013. Т. 1. С. 6-7.
5. Курбаниязов З.Б. и др. Хирургическое лечение больных с синдромом Мириizzi // Врач-аспирант, 2012. Т. 51. № 2.1. С. 135-138.
6. 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.
7. Назыров Ф.Г. и др. Повреждения магистральных желчных протоков (частота причины повреждений, классификация, диагностика и лечение) // Хирургия Узбекистана, 2011. № 4. С. 66-73.
8. Саидмуратов К.Б. и др. Хирургическое лечение больных с посттравматическими рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. С. 27-28.
9. Шамсиев А.М., Кобилов Э.Э. Прогнозирование послеоперационных спаечных осложнений в неотложной абдоминальной хирургии у детей // Хирургия, 2006. № 2. С. 23.
10. Davlatov S.S. et al. Plasmapheresis in the treatment of cholemic endotoxemia // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. С. 30-31.
11. Davlatov S.S. et al. A New method of detoxification plasma by plasmapheresis in the treatment of endotoxemia with purulent cholangitis // Академический журнал западной Сибири, 2013. Т. 9. № 2. С. 19-20.
12. Rakhmanov K.E. et al. The treatment of patients with major bile duct injuries // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. С. 33-34.
13. Kasimov S. et al. Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia // The International Journal of Artificial Organs., 2013. Т. 36. № 8. С. 548.
14. Kasimov S.Z. et al. Efficacy of modified hemosorbents user for treatment of patients with multi-organ insufficiency // Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 3. С. 44-46.
15. Kurbaniyazov Z. et al. Improvement of surgical treatment of intraoperative injuries of magistral bile ducts // Medical and Health Science Journal, 2012. Т. 10. С. 41-47.
16. Kurbaniyazov Z.B., Saidmuradov K.B., Rakhmanov K.E. Результаты хірургічного лікування хворих з посттравматичними рубцевими стриктурами магістральних жовчних протоків та білідігестивних анастомозів // Клінічна анатомія та оперативна хірургія, 2014. Т. 13. № 4.
17. Mukhitdinovich S.A., Tashtemirovna R.D. Comprehensive approach to the problem of rehabilitation of infants submitted sepsis // Voprosi nauki i obrazovaniya, 2017. № 10 (11).
18. Saydullayev Z.Y. et al. Evaluating the effectiveness of minimally invasive surgical treatment of patients with acute destructive cholecystitis // The First European Conference on Biology and Medical Sciences, 2014. С. 101-107.
19. Shamsiyev A.M., Khusinova S.A. The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.
20. Shamsiyev A., Davlatov S. A differentiated approach to the treatment of patients with acute cholangitis // International Journal of Medical and Health Research, 2017. С. 80-83.
- 21.