

## БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ



Ботиров Акрамжон Кодиралиевич, Абдуллажанов Бахром Рустамжанович, Солижонов Зиёдилло Бахтиёр угли, Отакузиев Ахмадилло Зокирович, Ботиров Жахонгир Акрамжон угли  
Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

### ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ УСУЛИГА БОҒЛИҚЛИҚДА ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ ВА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИНГ ЯҚИН НАТИЖАЛАРИ

Ботиров Акрамжон Қодиралиевич, Абдуллажанов Бахром Рустамжанович, Солижонов Зиёдилло Бахтиёр угли, Отакузиев Ахмадилло Зокирович, Ботиров Жахонгир Акрамжон угли  
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

### IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE AND CHOLEDOCHOLITHIASIS DEPENDING ON METHODS OF CHOLECYSTECTOMY

Botirov Akramjon Kodiralievich, Abdullazhanov Bakhrom Rustamzhonovich, Solijonov Ziyodillo Bakhtiyor ugli, Otakuziev Ahmadillo Zokirovich, Botirov Jahongir Akramjon ugli  
Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: [info@adti.uz](mailto:info@adti.uz)

**Резюме.** Муаллифлар томонидан олиб борилган тадқиқот натижасида даволаш-профилактик алгоритм такомиллаштирилди, мини киришда ХЭ усули ўзгартирилди ва ХЭ ҳар қайси усулининг (анъанавий, видеоэндоскопик ва мини кириш) ўрни ва аҳамияти аниқланди. Олиб борилган тадқиқот натижаларининг таҳлили ЎТК кузатилган беморларни даволашда тавсия этилган методларнинг юқори самарадорлигини кўрсатди. Олиб борилган тадқиқот натижаларида асосий гуруҳда қийслаш гуруҳига нисбатан ташириқ орасидаги асоратлар частотаси 10,8% га камайтирилди, жарроҳлик аралашувларига боғлиқ ташириқдан кейинги асоратлар 12,1% ( 14,7% дан 2,6% га) ҳамда йирингли-септик асоратлар 8,1% ( 10,7% дан 2,6%) га қисқартирилди, шунингдек ташириқдан кейинги асоратлар кузатилмаган беморлар улушини 14,9% дан 1,5% га ошириш, ўлим частотасини 1,2% дан 0,2% га камайтириш, релaparотомияни 2,7% дан 0,08% ва конверсияни 12,8% дан 0,5% га қисқартиришга имкон беради ( $p=0,005$ ).

**Калит сўзлар:** ўт-тош касалликлари, холедохолитиаз, холецистэктомия, мини-доступ.

**Abstract.** The authors, as a result of the study, improved the treatment and diagnostic algorithm, modified the CE method from the mini-access and determined the role and place of each of the CE methods (traditional, video endoscopic and from the mini-access). The analysis of the results of the conducted studies showed the high efficiency of the proposed methods of treating patients with cholelithiasis. As a result of the study, the frequency of intraoperative complications in the main group in relation to the comparison group decreased by 10.8% (14.7% to 3.9%), postoperative complications associated with surgery decreased by 12.1% (from 14.7% to 2.6%) and purulent-septic complications - by 8.1% (from 10.7% to 2.6%), which also increased the proportion of patients with no postoperative complications from 14.9% to 1.5%, reduce the mortality rate from 1.2% to 0.2% and reduce the frequency of relaparotomies from 2.7% to 0.08% and conversions from 12.8% to 0.5% ( $p=0.005$ ).

**Key words:** cholelithiasis, choledocholithiasis, cholecystectomy, mini-access.

**Актуальность проблемы.** Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и ее осложнения холедохолитиазом, сопровождаются стабильно высокой частотой летальности (2,5%), а при нарастании печеночной недостаточности и развитии тяжелых ос-

ложнений, а тем более при наличии сердечно-сосудистых заболеваний - от 14-27% до 40% случаев [1;6]. По данным мета-анализов, общее количество осложнений лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) составляет 3,6-13,3 %, при ле-

тальности 0,08-1,2% [2;3;4;8]. Частота послеоперационных осложнений после минидоступной холецистэктомии (ХЭ) значительно ниже и составляет 1,9% - 4,9%. Процент послеоперационной летальности примерно одинаков и находится в пределах от 0,8 - 1,2%, но следует учитывать, что минидоступная ХЭ чаще всего проводится больным с осложненными формами холелитиаза, механической желтухи и гнойного холангита [5;7;9].

**Материал и методы исследования.** Данная работа основана на анализе проведенного обследования и хирургического лечения 1929 больных с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) и её осложнениями, перенесших оперативные вмешательства период с 2016 по 2021 гг. В соответствии с целями и задачами исследования условно выделены 2 группы.

- группа сравнения: 776 (40,3%) больных оперированных за период с 2016 по 2018 годы, которые подлежали ретроспективному анализу.

- основная группа: 1153 (59,7%) больных оперированных за период с 2019 по 2021 годы, которым применены усовершенствованные методики и технические приемы операций и оптимизированная хирургическая тактика.

Учитывая, что в исследуемых группах в зависимости от доступа удельный вес малоинвазивных методов операций выше и составляет 536 (69,1%) и 715 ЛХЭ (62,0%), ХЭ из мини-доступа 165 (21,3%) и 362 (31,4%) больных соответственно, при удельном весе традиционных доступов 75 (9,6%) и 76 (6,6%), соответственно, мы провели анализ осложнений оперативных вмешательств в исследуемых группах.

Клинические, лабораторные и инструментальные исследования проводились на современном уровне, с использованием современной аппаратуры, согласно протоколу, утвержденной администрацией и Министерством Здравоохранения РУз. Применение вышеописанных диагностических мероприятий, позволило получить достоверные результаты и решить поставленные задачи исследования. При анализе данных применяли значимость различий, определяя по t-критерию Стьюдента.

Для оценки ближайших результатов, послеоперационные осложнения условно разделены на 2 подгруппы.

1. Осложнения, непосредственно связанные с методом операции (интраоперационные и послеоперационные осложнения).

2. Послеоперационные осложнения общего характера: сердечно-сосудистой системы, бронхо-легочной - (бронхит, пневмония) и т.д.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе ближайших результатов хирургического лечения, сравнительный анализ показал, что в основной

группе при традиционной холецистэктомии (ТХЭ) по отношению к группе сравнения частота интраоперационных осложнений уменьшились с 14,7 до 3,9%, послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством, уменьшилось с 14,7 до 2,6%, гнойно-септические осложнения уменьшились с 10,7 до 2,6% и осложнения общего характера уменьшились с 12,0% с летальным исходом в 5,3 случаев до 5,2% с летальностью в 1,3%, что было обусловлено оптимизацией хирургического лечения.

При анализе ближайших результатов хирургического лечения, сравнительный анализ показал, что в основной группе при ЛХЭ по отношению к группе сравнения частота интраоперационных осложнений уменьшились с 12,9 до 4,3%, с уменьшением количества конверсий с 7,5 до 0,5%, послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством, уменьшилось с 5,7 до 0,7%, с уменьшением количества релапароскопий с 1,8% до 0,1%, частота гнойно-септических осложнений уменьшилось с 2,8 до 0,1% и осложнения общего характера уменьшились с 2,6% с летальным исходом в 0,7% случаев до 0,4% с летальностью в 0,1%, что было обусловлено оптимизацией хирургического лечения.

При анализе ближайших результатов хирургического лечения, сравнительный анализ показал, что в основной группе при ХЭ из минидоступов интраоперационные осложнения по отношению к группе сравнения уменьшились с 15,2 до 1,1%, с уменьшением числа конверсий с 6,5% до 0,5%, послеоперационные осложнения, связанные с оперативным вмешательством, уменьшилось с 4,2 до 0,3%, с уменьшением количества релапаротомий с 2,4% до 0%, частота гнойно-септических осложнений уменьшилось с 4,8 до 0,1% и осложнения общего характера уменьшились с 6,1% с летальным исходом в 1,2% случаев до 0,1% без летального исхода. Следует отметить, что в основной группе при переходе к конверсии сохранялась целостность правой прямой мышцы живота и длина разреза не превышала 15 см.

Выполнение ЛХЭ и ХЭ из мини-доступов свидетельствует, что оба способа выполнялись с почти одинаковой частотой в основной и контрольной группах. Однако, их все же следует выполнять со строгим учетом показаний и противопоказаний, а также преимуществ и недостатков каждого способа (см. главу 4). Важно отметить, что эти способы не являются конкурирующими, а являются взаимодополняющими друг друга, то есть каждой из них по сей день отводится своя роль и место в хирургии ЖКБ и желчевыводящих протоков.

Сравнительную оценку течения послеоперационного периода проводили по следующим критериям: частота пульса, температура тела,

уровень лейкоцитов в периферической крови, УЗИ в динамике, при необходимости рентгеноскопия грудной клетки, динамический контроль состояния пункционных каналов. Запись в медицинской документации является общепринятым и косвенно отражающим тяжесть состояния пациента и проведенного оперативного лечения. Так в нашем исследовании средняя продолжительность ХЭ из модифицированного мини-доступа в среднем составила - 23,5±6,7 минуты, а при выполнении операции лапароскопическим способом - 57,7±9,5 минуты. При этом разница составило 14,2±2,8 минут.

Оценка характера и количества анальгетиков, применяемых после операции, объективно характеризует степень травматичности операции. Так выраженность болевого синдрома в группе пациентов после ЛХЭ и ХЭ из мини-доступа приблизительно одинакова. В большинстве наблюдений обезболивание проводилось в виде монотерапии баралгином. Средняя суточная доза баралгина составила 10-15 мл (5-7,5 г.), т.е. 2-3 раза в сутки внутримышечно в течение первых суток после операции. Вторые и третьи сутки послеоперационного периода болевой синдром купировался применением анальгина 2-3 раза в сутки (4-6 мл/2-3 г.).

В группе пациентов с ТХЭ в первые сутки послеоперационного периода для достижения адекватного обезболивания был применен промедол. Средняя доза промедола составила 20 мг/сутки (10 мг 1-2 раза внутримышечно в течение первых суток). Баралгин вводили в средней дозе 10-15 мл (5-7,5г.) сутки в течение первых-вторых суток, в дальнейшем обезболивающую терапию проводили анальгином 2-3 раза в сутки (4-6 мл/2-3 г.). Отсутствие больших ран на передней брюшной стенке после ЛХЭ и ХЭ из модифицированного мини-доступа позволяло проводить раннюю больную. Больные были активны с первых суток после операции. После ЛХЭ средний послеоперационный койко-день составил 4,71±0,3 дня, после ХЭ из модифицированного мини-доступа, средний койко-день составил 3,68±0,5.

**Заключение.** Таким образом, ЛХЭ характеризуется высокой себестоимостью, обладая при этом наиболее высокой клинической эффективностью, а ХЭ из модифицированного мини-доступа отличается низкой себестоимостью и высокой эффективностью. При этом, ТХЭ по сей день сохраняет свое значение и незаменим в определенных ситуациях. Поэтому применение каждого из способов оперативного вмешательства должно с учетом показаний, преимуществ и их недостатков, придерживаясь внедренного нами усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма позволяют определить их роль и место в каждом конкретном случае, тем самым оптимизи-

ровать хирургическую тактику и улучшить результаты лечения.

Итак, в результате проведенного исследования, частота интраоперационных осложнений в основной группе по отношению к группе сравнения уменьшилось на 10,8% (14,7% до 3,9%), послеоперационные осложнения связанные с оперативным вмешательством уменьшились на 12,1% (с 14,7% до 2,6%) и гнойно-септические осложнения – на 8,1% (с 10,7% до 2,6%), что также позволило увеличить долю больных с отсутствием послеоперационных осложнений с 14,9% до 1,5%, снизить частоту летальности с 1,2% до 0,2% и сократить число релапаротомий с 8,5% до 0% и конверсий после ЛХЭ с 1,8% до 0,1% (p=0,005).

#### Литература:

1. Гальперин Э.И. Механическая желтуха: состояние «мнимой стабильности», последствия «второго удара», принципы лечения /Гальперин Э.И. //Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - № 16(3). - С. 16-26.
2. Дарвин В.В., Краснов Е.А, Понамарев Н.И. и др. Интраоперационные повреждения внепеченочных желчных протоков: профилактика, коррекция /Непрерывное медицинское образование и наука. – 2015. – Т.10, №3. - С.78-79.
3. Желчнокаменная болезнь. <https://expert-clinica.ru/diseases//zhelchnoka-mennaya-bolezn.>, 2022.
4. Колесников С.А., Пахлеваян В.Г., Копылов А.А. и др. Хирургическая тактика при повреждениях внепеченочных и магистральных внутрипеченочных желчных протоков в результате малоинвазивных холецистэктомий /Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. – 2015. - №10. – С.39-44.
5. Кудербаев М.Т. Миниинвазивная хирургия желчнокаменной болезни. Преимущества и недостатки. Клиническая медицина Казахстана //2010, №2. - С. 93.
6. Майстренко Н.А. Синдром механической желтухи доброкачественного генеза: оптимизация диагностических и лечебных подходов /Майстренко Н.А., Ромашенко П.Н., Струков Е.Ю. //Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Матер. XX Межд. конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ – Донецк. -2013. - С.118.
7. Раимжанова А.Б. Сравнительная оценка различных способов холецистэктомии //Наука и Здравоохранение. – 2016, - №1. - С. 40-53.
8. Lien H.H., Huang C.C. Liu J. S. et al. System Approach to Prevent Common Bile Duct Injury and Enhance Performance of Laparoscopic Cholecystectomy //Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques.- 2007 - 17 (3) - 164-170.

9. Seale A.K. Minicholecystectomy – a safe, cost-effective day surgery procedure /Seale A.K., Ledet W.P. //Arch Surg. 2009. Vol. 134. P. 308-310.

**БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*Ботиров А.К., Абдуллажанов Б.Р., Солижонов З.Б., Отакузиев А.З., Ботиров Ж.А.*

**Резюме.** Авторы, в результате проведенного исследования, усовершенствовали лечебно-диагностический алгоритм, модифицировали способ ХЭ из мини-доступа и определили роль и место каждого из способов ХЭ (традиционного, видеоэндоскопического и из мини-доступа).

Анализ результатов проведенных исследований показал высокую эффективность предложенных методов лечения больных с ЖКБ. В результате проведенного исследования частота интраоперационных осложнений в основной группе по отношению к группе сравнения уменьшилась на 10,8% (14,7% до 3,9%), послеоперационные осложнения связанные с оперативным вмешательством уменьшились на 12,1% (с 14,7% до 2,6%) и гнойно-септические осложнения – на 8,1% (с 10,7% до 2,6%), что также позволило увеличить долю больных с отсутствием послеоперационных осложнений с 14,9% до 1,5%, снизить частоту летальности с 1,2% до 0,2% и сократить частоту релапаротомий 2,7% до 0,08% и конверсий с 12,8% до 0,5% ( $p=0,005$ ).

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, холецистэктомия, мини-доступ.