

## РОЛЬ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ, ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ И РЕНТГЕНХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ



Курбаниязов Зафар Бабажанович, Шоназаров Искандар Шоназарович, Хамидов Обид Абдурахмонович, Нурмурзаев Зафар Нарбай угли

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ДИАПЕВТИК, ЭНДОСКОПИК УСУЛЛАРИНИНГ ВА РЕНТГЕНХИРУРГИЯНИНГ ЎРНИ

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Шоназаров Искандар Шоназарович, Хамидов Обид Абдурахмонович, Нурмурзаев Зафар Нарбай ўғли

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### THE ROLE OF DIAPEUTIC, ENDOSCOPIC METHODS AND X-RAY SURGERY IN THE TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF CHOLELITHIASIS

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Shonazarov Iskandar Shonazarovich, Khamidov Obid Abdurakhmonovich, Nurmurzaev Zafar Narbay ugli

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

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

**Резюме.** Ўткир холецистит асорати сабабли сафроли перитонит билан асоратланган 82 нафар беморни даволаш натижалари келтирилган. Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит 7,1% беморларда кузатилган. Перфоратив шаклдаги перитонитнинг кўпроқ кузатилиши қайд этилган, 67,1% ҳолатларда, беморларнинг 32,9% да ўт нуфази деворининг тешилиши натижасида сафроли перитонитлар ривожланиши кузатилган. Ўткир холециститнинг асорати сифатида ривожланган маҳаллий сафроли перитонитни даволашда минимал инвазив жарроҳлик аралицулардан (диапевтик ва лапароскопик усуллар) устувор фойдаланиши асосий гуруҳдаги беморларнинг 67,3 % да муваффақиятли амалга оширилди.

**Калит сўзлар:** Ўт-тош касаллиги, сафроли перитонит, хирургик даволаш

**Abstract.** The results of treatment of 82 patients with biliary peritonitis as a complication of acute destructive cholecystitis are presented. Biliary peritonitis as a complication of acute destructive cholecystitis was observed in 7.1% of patients. Prevalence of the perforative form of peritonitis was noted, which was observed in 67.1%, bile peritonitis due to perforation of the gallbladder wall was observed in 32.9% of patients. The priority use of minimally invasive surgical interventions (diaplectic, endoscopic and laparoscopic methods) in the treatment of local bile peritonitis as a complication of acute cholecystitis was successfully carried out in 67.3% of patients in the main group.

**Keywords:** Acute cholecystitis, bile peritonitis, surgical treatment.

Желчный перитонит является тяжелым осложнением острого холецистита. Вместе с тем, несмотря на всю серьезность данной проблемы, желчному перитониту уделяется недостаточно внимания, хотя летальность при этом осложнении достигает по данным разных авторов от 6,2 до 24% [2, 5, 11, 16]. Среди причин, приводящих к развитию желчного перитонита основными являются деструктивные формы воспаления желчного пузыря. При этом особенностью желчного перитонита, в отличие от бактериального перитонита, является стертость клинической картины, что нередко приводит к запоздалой диагностике. В зависимости от стерильности желчи чаще всего развивается холеперитонеом и это довольно часто наблюдается при пропотевании желчи через стен-

ку желчного пузыря без ее перфорации. Для лечения желчного перитонита обычно применяется лапаротомия или релапаротомия, которая является сама по себе весьма травматичным вмешательством, при которой послеоперационная летальность достигает 9,1–22,5% [1, 4, 8, 9, 14]. Исход оперативных вмешательств во многом зависит от выбора и последовательности используемых методов хирургической коррекции [7, 13, 15].

Таким образом, хирургическое лечение желчного перитонита представляет собой сложную тактико-техническую задачу, решению которой и посвящено наше исследование.

**Материал и методы исследования.** Представлены результаты лечения 82 больных с желчным перитонитом как осложнение острого дест-

руктивного холецистита, что составило 7,1% из числа всех 5849 оперированных больных с холециститом. Среди больных с перитонитом было 24 (29,7%) мужчин и 58 (70,3%) женщин, гендерное соотношение составило 1:2,5. Это же соотношение среди всех оперированных больных с желчнокаменной болезнью составило 1:6, что подтверждает литературные данные о более сложном течении холелитиаза у лиц мужского пола. Преобладали пациенты в возрасте 60-74 лет – 35,2% и 45-59 лет – 28,2%, 8,3% пациентов были в возрасте старше 75 лет. Средний возраст больных составил  $55,2 \pm 1,3$  лет. Сопутствующие заболевания имелись у 62,6% больных. Холангит, как осложнение основного патологического процесса, был выявлен у 51,1% больных. Хроническая сопутствующая патология двух систем отмечена у 41% больных, трех и более у 26%. С учетом современных тенденций в развитии хирургии, для решения задач исследования, направленных на разработку новой лечебно-диагностической тактики при ЖП, больные были распределены на две группы. В I группу (гр. сравнения) вошли 33 пациента с перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита, оперированные в период 2001-2010 гг., в комплексном лечении которых использовались стандартные общепринятые подходы. Во вторую группу (основную гр.) – 49, оперированные в период 2011-2020 гг., у которых алгоритм проведения лечебно-диагностических мероприятий строился на принципах FTS - программы ускоренного выздоровления (ПУВ) и в качестве приоритетных методов оперативного лечения применялись миниинвазивные хирургические вмешательства. По механизму истечения желчи в брюшную полость как осложнения острого деструктивного холецистита мы наблюдали две разновидности форм желчного перитонита: прободной и пропотной. Прободной желчный перитонит встречался у 27 (32,9%) больных (12-гр. сравнения, 15 – осн. гр.), который проявлялся картиной острой катастрофы в брюшной полости на фоне деструкции и перфорации стенки желчного пузыря. Пропотной желчный перитонит развивался на фоне деструктивного холецистита без перфорации стенки желчного пузыря и поскольку происходило постепенное пропотевание желчи в свободную брюшную полость, перитонит протекал с малозаметными симптомами. Только при значительном накоплении желчи в брюшной полости проявлялись характерные для перитонита признаки, что послужило причиной доставки их в хирургический стационар. По нашим наблюдениям пропотной перитонит имел место у 55 (67,1%) пациента (21-гр. сравн., 34-осн.гр.). Таким образом в наших наблюдениях отмечается значительное преобладание (более чем в 2 раза) пропотного желчного

перитонита. Среди 82 больных с деструктивным холециститом, осложненным желчным перитонитом, по характеру патологического процесса пропотной наблюдался у 55 (67,1%) больного, из них разлитой – у 9 (16,4%) и отграниченный – у 46 (83,6%). Прободной желчный перитонит был у 27 (32,9%) больных, из них разлитой – у 10 (37,1%) и отграниченный – у 17 (62,9%). У пациентом с прободным и пропотным желчным перитонитом при поступлении в стационар острое начало заболевания отмечено у 27 (32,9%) и постепенное нарастание – у 55 (67,1%). Более тяжелая форма – разлитой желчный перитонит наблюдался 23,2%, т.е. у  $\frac{1}{4}$  больных. В первые сутки заболевания поступило 31 (37,8%) больных, во вторые сутки – 22 (26,8%), на третьи – 18 (21,9%), от четырех до семи суток – 6 (7,3%) и свыше семи суток – 5 (6,1%). Таким образом можно отметить значительный процент поздней госпитализации пациентов, что объясняется поздней обращаемостью их за медицинской помощью в результате неадекватной оценки своего состояния. При госпитализации относительно удовлетворительное общее состояние отмечено у 17 (20,7%) больных, средней тяжести – у 31 (37,8%), тяжелое – у 24 (29,3%) и крайне тяжелое – у 10 (12,2%) больных. Исходя из критериев диагностики сепсиса, синдром системной воспалительной реакции (SIRS) наблюдался у 114 (87%) пациентов, 10 из них находились в септическом состоянии. Из 82 пациентов, поступивших в стационар с желчным перитонитом, 31 (37,8%) оперированы в течение первых 6 часов. В течение от 6 до 24 часов, т.е. 1-х суток оперировано 43 (52,4%) пациентов. Позже суток от момента поступления в клинику операция проведена 8 (9,8%) больным. У больных группы сравнения в зависимости от объема проведенные операции были разделены на 3 вида: – холецистэктомия, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 19; – холецистэктомия, санация и дренирование брюшной полости выполнено 9; – холецистэктомия, холедохолитотомия, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 5 больным. Во всех случаях использовался широкий верхне - срединный доступ. В основной группе больных проведены следующие виды операций: микрохолецистостомия и пункции билом под УЗИ наведением 11; ЛХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 9; ЛХЭ, санация и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) 4; ЛХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства, ЭПСТ 3; ХЭ из минилапаротомного доступа и холедохолитотомия, дренирование холедоха и санация и дренирование подпеченочного пространства 6; ХЭ, санация и дренирование брюшной полости из открытого широкого лапаротомного доступа 16

больным. В основной исследуемой группе у 11 пациентов с острым деструктивным холециститом и отграниченным скоплением желчи в подпеченочном пространстве с исходно тяжелым общим состоянием произведена декомпрессия желчного пузыря посредством чрезкожно-чрезпеченочной микрохолецистостомии (ЧЧМХС) и пункция биломы под УЗИ наведением. После выполнения микрохолецистостомии этим больным выполняли пункции билом под контролем УЗИ с целью эвакуации отграниченного скопления жидкости в брюшной полости. Лапароскопическая холецистэктомия завершена санацией и дренированием подпеченочного пространства 9 больным при остром деструктивном холецистите и местном перитоните. При разлитом желчном перитоните ЛХЭ дополнена санацией брюшной полости с обязательным дополнительным дренированием правого бокового канала и полости малого таза 4 больным. 3 больным при сочетании с холедохолитиазом после ЛХЭ выполнено ЭПСТ, 6 пациентам ХЭ и холедохолитомия произведены из открытого минидоступа. Вместе с тем, 16 больным при разлитом желчно-гнойном перитоните ХЭ и санация брюшной полости выполнено из широкого лапаротомного доступа.

Таким образом, согласно принципам миниинвазивных вмешательств в основной исследуемой группе прооперированы 33 пациента (67,3%) с острым деструктивным холециститом осложненным различными формами желчного перитонита.

**Результаты и их обсуждение.** У больных группы сравнения с желчным перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита (33 пациента) все оперативные вмешательства (100%) проведены из широкого лапаротомного доступа. Различные гнойно-септические осложнения после операций по поводу острого деструктивного холецистита и желчного перитонита наблюдались у 11 больных группы сравнения, что составило 33,3%. При этом у 2 (6,1%) вновь сформировались биломы в подпеченочной области, которые дренированы реканализацией контрапертур. У 2 (6,1%) больных наблюдалось длительное желчеистечение от 2 до 4 недель из дренажных трубок установленных в подпеченочном пространстве, 4 (12,1%) пациентам проведены повторные операции релапаротомии с повторными санациями брюшной полости по поводу продолжающегося перитонита, 1-вскрытия и дренирования подпеченочных и поддиафрагмальных абсцессов. Также, 1 пациентка повторно оперирована по поводу холемического внутрибрюшного кровотечения. У 9 (27,3%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны. Наиболее грозным осложнением желчного перитонита в

исследуемой группе больных был абдоминальный сепсис, что явилось причиной летальных исходов у 2 больных, летальность составило 6,1%. В основной группе больных (49 пациентов) с желчным перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита согласно принципам FTS использованы миниинвазивные вмешательства у 33 пациентов (67,3%). Им проведены следующие операции с использованием видеоэндоскопической технологии 16 больным (32,6%): – ЛХЭ и дренирование подпеченочного пространства 9 при остром деструктивном холецистите осложненном местным желчным перитонитом; – ЛХЭ и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) 4 при остром деструктивном холецистите осложненном разлитым желчным перитонитом; ЛХЭ и дренирование подпеченочного пространства, ЭПСТ 3 при сочетании острого деструктивного холецистита с холедохолитиазом. У этих больных ЭПСТ проведено 2-этапом. 11 (22,4%) больным использованы лапароскопические технологии –микрохолецистостомия и пункции билом с УЗИ навигацией.

В основной исследуемой группе послеоперационные осложнения развились у 8 больных, что составило 16,3%. При этом, биломы подпеченочной области сформировались повторно у 2 (4,1%) пациентов, которые успешно санированы пункциями под контролем УЗИ. У 1 пациента наблюдалось холемическое кровотечение из печени с области чрезпеченочной пункции желчного пузыря. Наружное желчеистечение наблюдалось также у 1 пациента, при релапароскопии выявлено несостоятельность культи пузырного протока, которая повторно клипирована. Дуоденальное кровотечение отмечено у 1 больной после ЭПСТ, кровотечение остановлено консервативными мероприятиями. У 1 больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс санированный повторными 3 пункциями под контролем УЗИ. При продолжающемся перитоните проведена релапаротомия 1 больной, нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 5 больных. При этом, в основной группе также умерло 2 из оперированных 49 больных, летальность составило 4,1%. Причиной неблагоприятного исхода явились острый панкреатит как осложнение трансдуоденального эндоскопического вмешательства у 1 пациентки и продолжающийся перитонит в 1 наблюдении.

**Выводы:** 1. Желчный перитонит, как осложнения острого деструктивного холецистита наблюдался у 7,1% больных. Отмечено превалирование пропотной формы перитонита, наблюдавшийся в 67,1%, желчный перитонит вследствие перфорации стенки желчного пузыря наблюдался у 32,9% больных. 2. Приоритетное исполь-

зование миниинвазивных хирургических вмешательств (диаплевтические и лапароскопические методы) в лечении местного желчного перитонита, как осложнения острого холецистита успешно осуществлено у 67,3% больных основной группы. Выполнение ХЭ и санации брюшной полости из широкого лапаротомного доступа была необходимой в 32,7% случаев при разлитом желчно-гнойном перитоните. 3. Оптимизация тактики хирургического лечения больных желчным перитонитом, основанной на принципах дифференцированного приоритетного использования миниинвазивных хирургических вмешательств позволило улучшить результаты лечения основной группы больных, где гнойно-септические осложнения составили 16,5%, летальность 4,1%, тогда как в группе сравнения – 33,3% и 6,1% соответственно.

#### Литература:

1. Абдуллаева Н. Н., Ким О. А. Клинические особенности фокально обусловленной симптоматической височной эпилепсии у больных пожилого возраста // Доброхотовские чтения. – 2017. – С. 35-37.
2. Абдуллаева Н. Н., Ишмухамедов З. М., Хусниддинов Р. О. Современный взгляд проблему лечения хронических рубцовых стенозов гортани // Авиценна. – 2018. – №. 19. – С. 8-11.
3. Абдуллаев А.С., Кубаев А.С., Ризаев Ж.А. Порог возбудимости при неврите нижнеальвеолярного нерва // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
4. Кубаев А. С. Оптимизация диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных изменений средней зоны лица // Научные исследования. – 2020. – №. 3 (34). – С. 33-36.
5. Кубаев А.С., Валиева Ф.С. Морфофункциональное состояние полости носа у больных при верхней микрогнатии // Современные достижения стоматологии. – 2018. – С. 66.
6. Кубаев А.С. Разработка алгоритма диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных и эстетических изменений средней зоны лица // Zbiór artykułów naukowych gescenzowanysch. – 2019. – С. 66.
7. Насретдинова М. Т., Карабаев Х. Э. Совершенствование методов диагностики у пациентов с головокружением // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2017. – Т. 7. – №. 2. – С. 194-198.
8. Насретдинова М.Т. Изменения стабилметрических показателей у пациентов с системным головокружением // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2019. – Т. 9. – №. 2. – С. 135-139.
9. Ризаев Ж. А., Шамсиев Р. А. Причины развития кариеса у детей с врожденными расщелинами губы и нёба (обзор литературы) // Вісник проблем біології і медицини. – 2018. – Т. 1. – №. 2 (144). – С. 55-58.

10. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2-диметилгидразина на организм в целом // Биология. – 2020. – Т. 1. – С. 116.

11. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш., Кубаев А. С. Особенности течения заболеваний полости рта у работников производства стеклопластиковых конструкций // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 21-1 (99). – С. 79-82.

12. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом генерализованном парадонтите // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.

13. Ризаев Ж.А. и др. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.

14. Ризаев Ж. А., Адилова Ш. Т., Пулатов О. А. Обоснование комплексной программы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению республики Узбекистан // Аспирант и соискатель. – 2009. – №. 4. – С. 73-74.

15. Ризаев Ж. А. и др. Оценка функциональных изменений, формирующихся в зубочелюстной системе боксеров // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 270-274.

16. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.

17. Ризаев Ж. А. и др. Персонифицированная терапия генерализованного пародонтита на основе интегральной оценки клинико-лабораторных показателей // Журнал «Проблемы биологии и медицины. – 2021. – №. 3. – С. 120.

#### **РОЛЬ ДИАПЛЕВТИЧЕСКИХ, ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ И РЕНТГЕНХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Курбаниязов З.Б., Шоназаров И.Ш., Хамидов О.А., Нурмурзаев З.Н.

**Резюме.** Представлены результаты лечения 82 больных с желчным перитонитом как осложнение острого деструктивного холецистита. Желчный перитонит, как осложнения острого деструктивного холецистита наблюдался у 7,1% больных. Отмечено превалирование пропотной формы перитонита, наблюдавшийся в 67,1%, желчный перитонит вследствие перфорации стенки желчного пузыря наблюдался у 32,9% больных. Приоритетное использование миниинвазивных хирургических вмешательств (диаплевтические, эндоскопические и лапароскопические методы) в лечении местного желчного перитонита, как осложнения острого холецистита успешно осуществлено у 67,3% больных основной группы.

**Ключевые слова:** Острый холецистит, желчный перитонит, хирургическое лечение.