

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ



Кадилов Рустам Надирович¹, Ярашев Султонбек Салохиддинович², Нуриллаев Хасан Жамшидович²

1 – Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ ТАКТИК – ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИНИ МАҚБУЛЛАШТИРИШ

Кадилов Рустам Надирович¹, Ярашев Султонбек Салохиддинович², Нуриллаев Хасан Жамшидович²

1 – Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали,

Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

OPTIMIZATION OF TACTICAL AND TECHNICAL ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS IN COMBINATION WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS

Kadirov Rustam Nadirovich¹, Yarashev Sultonbek Salokhiddinovich², Nurillaev Khasan Jamshidovich²

1 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: nurillaev.xasan@mail.ru

Резюме. Мақолада ўткир холецистит ва холангит билан асоратланган холедохолитиаз билан оғриган 144 нафар беморни жарроҳлик йўли билан даволаш натижалари таҳлил қилинган. Ўт йўлларида дастлабки декомпрессион аралашувлардан фойдаланган ҳолда босқичма-босқич жарроҳлик даволаш холестаза ва йирингли интоксикация ҳодисаларини тўхтатиш, радикал операциялар натижаларини яхшилаш имконини берди. Шу билан бирга, ўткир йирингли холангит билан оғриган беморларнинг 81,8% оғир, 61,6% ўртача оғирлик ва 24,1% энгил оғирлиги диапевтик ва эндоскопик трансдуоденал аралашувлардан фойдаланишга муҳтож эди. Ўткир йирингли холангит билан асоратланган ўткир холецистит ва холедохолитиаз билан оғриган беморларни комплекс жарроҳлик даволашнинг тактик ва техник жиҳатларини оптималлаштириш операциядан кейинги йирингли-септик ва холемик асоратларни 24,5% дан 12,1% га, ўлимни 8,2% дан 2,4% гача камайтириш имконини берди.

Калим сўзлар: ўт тош касалиги, ўткир холецистит, холедохолитиаз, ўткир йирингли холангит, жарроҳлик тактика.

Abstract. The paper analyzes the results of surgical treatment of 144 patients with acute cholecystitis and choledocholithiasis complicated by cholangitis. Staged surgical treatment with the use of preliminary decompressive interventions on the bile ducts made it possible to stop the phenomena of cholestasis and purulent intoxication, improve the results of radical operations. At the same time, 81.8% of patients with severe, 61.6% of moderate severity and 24.1% with mild severity of acute purulent cholangitis needed to use diapeutic and endoscopic transduodenal interventions. Optimization of the tactical and technical aspects of the complex surgical treatment of patients with acute cholecystitis and choledocholithiasis complicated by acute purulent cholangitis made it possible to reduce postoperative purulent-septic and cholemic complications from 24.5% to 12.1%, mortality from 8.2% to 2.4%.

Keywords: cholelithiasis, acute cholecystitis, choledocholithiasis, acute purulent cholangitis, surgical tactics.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения 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 [12].

Ведущей причиной нарушения оттока желчи является желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Ка-

ждый десятый житель планеты страдает ЖКБ, а холедохолитиаз, как её осложнение, встречается в 20-30% случаев [2, 5, 11].

Ведущие клиники занимающийся данной проблемой считают, что в основе инфекции желчевыводящих путей, как правило, лежат два predisposing анатомо-физиологических условия: стаз желчи и возможность развития микробной атаки. Застойная желчь подвержена сгущению, сладжу и легко инфицируется восходящим путем из кишечника [1, 4, 10].

В соответствии с правилами лечение хирургическим путём пациентов с острым холециститом и холедохолитиазом осложненным холангитом осуществляют в следующей последовательности. На первом этапе проводится декомпрессия желчных протоков малотравматичными методами: эндоскопической папиллосфинктеротомией с установкой назобилиарного дренажа или чрескожным чреспеченочным дренированием. На втором этапе пациентам выполняют удаление желчного пузыря лапароскопическим или мини-лапоратомным доступом с наружным дренированием гепатикохоледоха [3, 8, 13]. В 36,0-55,5% случаях больные нуждаются в выполнении одномоментных операций лапоротомным доступом обусловленное наличием флегмонозной и гангренозной форм воспаления желчного пузыря с перивезикальным инфильтратом или местного перитонита или билиодуоденального свища. Однако результаты хирургического лечения не всегда удовлетворяют специалистов, в 20 % случаев у больных возникает септические состояние, в результате которого от 6,25% до 30,0% наблюдений заканчиваются летальным исходом [6, 7, 9, 14].

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных острым холециститом и холедохолитиазом осложненным холангитом путем оптимизации тактико-технических аспектов.

Материал и методы исследования. Представлены результаты лечения 144 больных с острым холециститом и холедохолитиазом осложненным холангитом, находившихся на лечении в период с 2000 по 2021 гг. Из них 91 женщины (63,2%) и 53 мужчины (36,8%) в возрасте от 33 до 81 лет. Средний возраст больных составил 53,2±6,2 лет.

Длительность заболевания органов желчевыводящей системы у 112 (78%) больных составила более 5 лет. 73,6% т.е. 3/4 больных были госпитализированы в сроки свыше трех суток от начала заболевания. Продолжительность до 3-х суток имела место у 38 больных (26,4%), от 3 до 7 суток – у 78 (54,2%), и более 7 суток – в 38 (26,4%) наблюдениях.

Для первых дней приступа острого холеци-

стита и холангита были характерны боли в правом подреберье и эпигастрии (89,9%), в то время как по истечении от начала приступа 4-х дней и более число больных, жалующихся на болевой синдром, было гораздо меньше (67,3%), но при этом возрастало число больных с гнойно – воспалительными осложнениями холангита (83,6%).

Острый гнойный холангит как осложнение желчнокаменной болезни развился вследствие холедохолитиаза и калькулёзного холецистита у 82 (56,9%), острого калькулёзного холецистита и холедохолитиаза у 62 (43,1%) больных, причем острый деструктивный холецистит осложнился различными формами перитонита у 29 пациентов (разлитой 7, местный 22).

В соответствии с целью и задачами исследования больные разделены на 2 группы исследования. Группу сравнения составили 61 (42,4%) больных, которые в период 2000-2009 гг. оперированы по поводу острого холецистита и холедохолитиаза осложненного гнойным холангитом. Основную группу исследования составили 83 (57,6%) больных, получавших разработанное в клинике хирургическое лечение в период с 2010 по 2021 гг. В исследовании обе группы больных были идентичны как по возрасту, так и по выраженности клинических проявлений и тяжести заболевания.

Факторный анализ показал, что основной причиной неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных в период 2000-2009 г.г. явились холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис. Летальность составила 8,2% (умерло 5 больных). Различные гнойно-септические осложнения в послеоперационном периоде наблюдали у 15 больных (24,6%). У всех оперированных 61 больных хирургическое вмешательство заключалось в выполнении холецистэктомии (ХЭ) с холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха, причем оперативное вмешательство выполнено из широкого лапоротомного доступа у 48 (79%), из минидоступа – 13 (21%).

При этом ХЭ с холедохолитотомией по экстренным показаниям (в течении 2-3 часов от поступления в стационар) произведено у 29 (47,5%) больных вследствие острого деструктивного холецистита, причем у 12 при осложнении деструктивного холецистита перитонитом. Также 6 больным операции по экстренным показаниям проведены при наличии клиники острой обструкции магистральных желчных протоков.

По срочным показаниям (в течении ближайших 2-3 суток) оперированы 32 (56%) пациента у которых превалировала клиника обструкции общего желчного протока при отсутствии клиники деструктивного холецистита.

Таблица 1. Хирургические вмешательства у больных с ОГХ средней степени тяжести и тяжелой степени в основной группе (n=29)

Диагноз	Вид операции		Количество больных	
Острый гнойный холангит и острый деструктивный холецистит	ЧЧМХС, ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ	2	9
	ЧЧМХС, ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ	3	
	ЧЧМХС →	МЛХЭ, холедохолитотомия	4	
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	11	16
	МЛХЭ, холедохолитотомия		5	

Таблица 2. Хирургические вмешательства у больных с ОГХ легкой степени тяжести в основной группе (n=54)

Диагноз	Вид операции		Количество больных	
Острый гнойный холангит и острый деструктивный холецистит	ЧЧМХС, ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ	6	9
	ЧЧМХС, ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ	1	
	ЧЧМХС →	МЛХЭ, холедохолитотомия	2	
Острый гнойный холангит, острый деструктивный холецистит и местный перитонит	Лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия и санация брюшной полости		13	
Острый гнойный холангит, хронический калькулезный холецистит	ЭПСТ и НБД →	ЛХЭ	3	32
	ЭПСТ и НБД →	МЛХЭ	1	
	МЛХЭ, холедохолитотомия		28	

При этом наибольший процент летальных исходов и гнойно – септических осложнений дали экстренные операции (12,1% и 33,3%) при сочетании острого гнойного холангита (ОГХ) с острым деструктивным холециститом и перитонитом (14,8% и 44,4% соответственно).

В основной группе из 83 больных, оперированных в 2010-2019 г.г. лечение осуществлялось с учетом степени тяжести 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. В основной группе 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). 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 назобилляр-

ное 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 холецистэктомия-ЛХЭ-13, 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). Всего ЧЧМХС в хирургическом лечении больных с ОГХ произвели 18 (21,7%) больным основной исследуемой группы. Дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ проводили через участок паренхимы печени с целью герметизации

канала и профилактики подтекания желчи в брюшную полость. Дренаживание 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 основной исследуемой группе ЭПСТ выполнено всего 27 больных. 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 основной 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 основной 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. Сравнительный анализ результатов лечения в группах сравнения показал значительное снижение летальности в основной исследуемой группе больных. Наиболее грозными осложнениями в контрольной исследуемой группе больных были холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис, что явилось причиной летальных исходов у 4 больных. Продолжающийся перитонит еще в 1 наблюдении также привело к неблагоприятному исходу. Всего в группе сравнения умерло 5 из 61 оперированных больных, летальность составило 8,2%.

При этом, в основной группе 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.

Различные холемические и гнойно-септические осложнения наблюдались у 15 больных группы сравнения, что составило 24,6%. При этом у 2 (3,2%) образовались биломы в подпеченочной области, которые дренированы реканализацией контрапертур. У 5 (11,4%) больных наблюдалось желчеистечение из дренажных трубок установленных в подпеченочном пространстве, 5 (8,2%) пациентам проведены повторные операции по вскрытию и дренированию подпеченочных или поддиафрагмальных абсцессов. Также, 2 (3,2%) пациентки повторно оперированы по поводу холемического внутрибрюшного кровотечения. У 12 (19,6%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны. В основной 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 пузырьного 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.

Таким образом, оптимизация тактики – технических аспектов комплексного хирургического лечения острого холецистита и холедохолитиаза осложненного ОГХ 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. Факторный анализ при остром холецистите и холедохолитиазе осложненном гнойным холангитом показал, что основной

причиной летальности являются холангиогенные абсцессы печени и билиарный сепсис. Наибольший процент летальных исходов (14,8%) и гнойно – септических осложнений (44,4%) наблюдались после экстренных операций при сочетании острого гнойного холангита с острым деструктивным холециститом и перитонитом.

2. Этапное хирургическое лечение 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.

3. Оптимизация тактико – технических аспектов комплексного 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. При этом достигнуто уменьшение послеоперационных гнойно – септических и холемических осложнений с 24,5% до 12,1%, летальности с 8,2% до 2,4%.

Литература:

1. Алиев Ю.Г. Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложнений желчнокаменной болезни // Хирургия. Журнал им. И.И. Пирогова. – 2013. – N 5. – С. 73 -75.
2. Борисов А.Е. Пути оптимизации стандартов лечения острого холецистита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. –2012. – N 6. – С. 80-85.
3. Ветшев П.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с механической желтухой // Анналы хирург. гепатологии. – М., 2014. – 198 с.
4. Гальперин Э.И. и др. Дифференцированный подход к применению минимально инвазивных методов лечения опухолевой механической желтухи // Анналы хирургической гепатологии. – 2019. – Т. 24. – №. 2. – С. 10-24.
5. Загидуллина Г.Т. Современные технологии в диагностике холедохолитиаза // Практическая медицина. – 2015. – N 4-2(89). – С. 45-49.
6. Качалиев, Х. Ф., Кубаев, А. С., Хазратов, А. И., Мусинов, О. Ш., & Шавкатов, П. Х. (2021). Неотложная помощь при переломе скуловой кости и передней стенки гайморовой пазухи. Наука и образование сегодня, (1 (60)), 74-78.
7. Назиров Ф.Г. и др. Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной холангитом и печеночной недостаточностью // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. №2. С. – 117-118.
8. 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.

9. Хаджибаев Ф.А. и др. Роль и место миниинвазивных эндобилиарных вмешательств при гнойном холангите // Вестник экстренной медицины. – 2018. – №. 3.

10. Шаповальянц С.Г. и др. Сложный холедохолитиаз – результат запоздалого хирургического лечения желчнокаменной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2013. – N 4. – С. 15-21.

11. Rizaev J. A., Umirzakov Z. B. B., Umirov S. E. Ways to Optimize Medical Services for Covid-19 Patients // Specialusis Ugdymas. – 2022. – Т. 1. – №. 43. – С. 1217-1224.

12. Rizaev J.A., Ashirov Z. Quality management of medical care in the dermatovenerological service based on rational planning of professional activities of dermatovenerologists // European Journal of Molecular and Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 2. – С. 2996-3002.

13. Rizaev J. A., Khaidarov N. K., Abdullaev S. Y. Current approach to the diagnosis and treatment of glossalgia (Literature review) // World Bulletin of Public Health. – 2021. – Т. 4. – С. 96-98.

14. Rizaev J. A., Maeda H., Khramova N. V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // Annals of Cancer Research and Therapy. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 22-23.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В СОЧЕТАНИИ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Кадиров Р.Н., Ярашев С.С., Нуриллаев Х.Ж.

Резюме. В работе проведен анализ результатов хирургического лечения 144 больных с острым холециститом и холедохолитиазом осложненным холангитом. 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 уменьшить послеоперационные гнойно – септические и холемические осложнения с 24,5% до 12,1%, летальности с 8,2% до 2,4%.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острый холецистит, холедохолитиаз, острый гнойный холангит, хирургическая тактика.