

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

Хасанов А.Х., Шербек У.А.

Самаркандский государственный медицинский университет.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.15512432>

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

Ключевые слова: Перивезикальный инфильтрат, холецистит, камни в желчном пузыре, УЗИ.

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

Khasanov A.Kh., Sherbekov U.A.

Samarkand State Medical University.

Abstract: Acute cholecystitis combined with choledocholithiasis is one of the most severe and life-threatening complications of biliary tract diseases, representing acute inflammation of the bile ducts, arising against the background of persistent obstruction of bile outflow². Considering the fact that most patients with acute cholecystitis combined with choledocholithiasis and progressive obstructive jaundice are admitted to general surgical hospitals, different approaches to diagnosis, tactical decisions and treatment are not uncommon. When the diagnosis of acute cholecystitis and choledocholithiasis is established, the choice of surgical intervention method often depends on the capabilities of the hospital on duty and the medical team, and is sometimes determined by the unified treatment tactics approved in this institution.

Keywords: Perivesical infiltrate, cholecystitis, gallstones, ultrasound.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Острый холецистит в сочетании с холедохолитиазом одно из наиболее тяжелых и жизнеугрожающих осложнений заболеваний желчных путей, представляющее собой острое воспаление желчных протоков, возникающее на фоне устойчивого нарушения оттока желчи. Ведущей причиной нарушения оттока желчи является желчнокаменная болезнь и каждый десятый житель планеты страдает ЖКБ, а холедохолитиаз, как её осложнение, встречается в 20-30% случаев [Hungness E., 2016].

Актуальность проблемы возросла в связи с увеличением числа больных с осложненными формами желчнокаменной болезни и атипичных форм холедохолитиаза, ростом хирургической активности, особенно у больных пожилого и старческого возраста,

высоким уровнем ятрогенных повреждений желчных протоков, широким внедрением операций, нарушающих автономность желчевыделительной системы и методик прямого контрастирования желчных протоков (чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ)), склонностью гнойного холангита к генерализации.

Основную патогенетическую роль в развитии острого холецистита в сочетании с холедохолитиазом играет выраженное повышение давления *внутри* просвета желчных протоков, которое сопровождается нарушением оттока желчи, **из-за чего создаются** благоприятные условия для размножения различных микроорганизмов (Каримов Ш.И., 2018). Образовавшиеся условия в желчных протоках, способствуют значительному размножению микроорганизмов в стенках желчных протоков и желчи с развитием рефлюкса инфицированной желчи через печеночные венозные и лимфатические сосуды, системной *бактериемией*, а также выраженной интоксикацией организма (Hanaou L. et al., 2020). Стадии развития заболевания и клиника заболевания проявляются из трёх синдромов: застой желчи, эндотоксикоз и недостаточность паренхиматозных органов

Ведущие клиники, занимающиеся данной проблемой, считают, что в основе инфекции желчевыводящих путей, как правило, лежат два предрасполагающих анатомо-физиологических условия: стаз желчи и возможность развития микробной атаки. Застойная желчь подвержена сгущению, сладжу и легко инфицируется восходящим путем из кишечника. Наиболее распространенной причиной обструкции путей желчеоттока является холедохолитиаз. Нередко причиной обструкции могут быть также доброкачественные стриктуры желчных протоков (Корольков А.Ю., 2018; Gomi H. et al., 2018). Кроме того, наблюдается заброс содержимого тонкой кишки в желчевыводящие пути, вследствие чего развиваются рефлюксные холангиты.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных острым холециститом в сочетании с холедохолитиазом путем оптимизации тактико-технических аспектов хирургической коррекции с приоритетным применением миниинвазивных вмешательств и усовершенствованных методов детоксикации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 124 больных с осложнениями желчнокаменной болезни, как острый деструктивный холецистит в сочетании с обструктивным холангитом вследствие холедохолитиаза, находившихся на лечении в хирургических отделениях Самаркандского филиала РЦЭМП с 2016 по 2021 гг. Из них 81 женщины (65,3%) и 43 мужчины (34,7%) в возрасте от 33 до 81 лет. Средний возраст больных составил $51,3 \pm 6,2$ лет.

В соответствии с целью и задачами исследования больные разделены на 2 группы исследования. Группу сравнения составили 51 (41,1%) больных, которые в период 2016-2018 гг. оперированы по поводу осложненных форм желчнокаменной как острый холецистит в сочетании с холедохолитиазом. Основную группу исследования составили 73 (58,9%) больных, получавших разработанное в клинике хирургическое лечение в период с 2019 по 2021 гг.

Длительность заболевания органов желчевыводящей системы у 91 (73,4%) больных составила более 5 лет. 86 (69,4%), больных были госпитализированы в сроки свыше трех суток от начала заболевания. Продолжительность проявлений острого деструктивного

холецистита отмечена до 3-х суток у 38 больных (30,6%), от 3 до 7 суток – у 68 (54,8%), и более 7 суток – в 28 (22,6%) наблюдениях.

Для первых дней приступа острого холецистита с холедохолитиазом 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%).

При этом наблюдалось осложненное течение ЖКБ – острого холецистита с преобладанием клиники холедохолитиаза, механической желтухи и холангита у 55 больных, а клиника острого деструктивного холецистита у 69 пациентов, причем острый деструктивный холецистит осложнился различными формами перитонита у 29 пациентов.

Сопутствующая патология выявлена у 97 (67,4%) больных, преимущественно сердечно – сосудистые заболевания у 59 (41,0%), хронические обструктивные болезни легких у 21 (14,6%), ожирение у 48 (33,3%), сахарный диабет у 12 (8,3%) и другие 19 (13,2%). У 54 (32,7%) пациентов имелись два и более сопутствующих заболеваний.

В основной группе больных лечение осуществлялось с учетом степени тяжести острого холецистита и холангита, предложенной на согласительной конференции Tokyo Guidelines, 2018 (93). В соответствии с этими критериями легкая степень тяжести больных констатировано у 44 (60,3%), средняя у 18 (24,7%), тяжелая у 11 (15%) больных.

Диагностика ОГХ осуществлялась на основании клинической картины, лабораторных и инструментальных методов исследования (сонография, РПХГ, МРТ – холангиография).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ РАБОТЫ

При этом наблюдалось сочетания осложненных форм ЖКБ с приобретением клиники холедохолитиаза и механической желтухи у 55 (44,3%) больных и клиники острого деструктивного холецистита у 69 (55,6%) 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 51 (41,1%) больных, которые в период 2016-2018 гг. оперированы по поводу острого холецистита в сочетании с холедохолитиазом по экстренным и срочным показаниям. Основную группу исследования составили 73 (58,8%), у которых алгоритм проведения лечебно-диагностических мероприятий строился на принципах FTS – программы ускоренного выздоровления и в качестве приоритетных методов оперативного лечения применялись миниинвазивные хирургические вмешательства. При клинической реализации программы ускоренного выздоровления были положены рекомендации общества хирургии - ERAS (Enhanced Recovery After Surgery).

У всех оперированных 51 больных группы сравнения хирургическое вмешательство заключалось в выполнении ХЭ с холедохолитотомией с наружным дренированием холедоха, причем оперативное вмешательство выполнено из широкого лапаротомного доступа у 38, из минилапаротомного доступа – 13.

ХЭ с холедохолитотомией по экстренным показаниям (в течении первых 2-3 часов от поступления в стационар) произведено у 19 (37,2%) больных вследствие острого деструктивного холецистита, причем у 12 из них при осложнении деструктивного холецистита перитонитом. Также 6 больным операции по экстренным показаниям

проведены при наличии клиники острой обструкции магистральных желчных протоков с нарастающей механической желтухой и выраженным болевым синдромом.

По срочным показаниям (в течении ближайших 2-3 суток) оперированы 26 (51%) пациентов, у 15 из которых превалировала клиника обструкции общего желчного протока с клиникой обструктивного деструктивного холецистита.

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 12%, гнойно-септические осложнения 44%. При выполнении операций по срочным показаниям летальность составила 3,8%, частота гнойно-септических осложнений 23,1%.

ВЫВОДЫ

Факторным анализом установлено, что наиболее высокий процент летальности (до 12%) и гнойно-септических осложнений (до 44%) в лечении больных осложненными формами ЖКБ наблюдались после операции выполненных в экстренном порядке с попыткой одномоментной радикальной хирургической коррекции как острого деструктивного холецистита, так и обструктивного холангита вследствие холедохолитиаза.

Этапное хирургическое лечение с учетом степени тяжести состояния больных и в зависимости от превалирования клиники острого деструктивного холецистита, либо острого обструктивного холангита с применением миниинвазивных предварительных декомпрессионных вмешательств на ЖВП позволило купировать проявление гнойно-холемической интоксикации, улучшить результаты последующих радикальных операций.

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.