

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Мизамов Ф. О., Усанов Ж.Р.

Самаркандский государственный медицинский университет

Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан

Аннотация

Лапароскопическая холецистэктомия, на сегодняшний день, является «золотым стандартом» в лечении желчнокаменной болезни. В настоящее время конкременты в желчном пузыре выявляются примерно у 10-15% взрослого населения мира и чаще всего у женщин в возрасте старше 40 лет, при этом число осложненных форм калькулезного холецистита остается стабильно высоким. Это обстоятельство не вызывает сомнения, однако существуют группы больных, у которых использование видеоэндоскопической методики, безопасность и границы ее применения по-прежнему до сих пор вызывают споры. К таковым относят, в частности, больных с острым и осложненными формами холецистита. Именно возможность выполнения лапароскопической операции у этих больных является сегодня предметом обсуждения.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, калькулезный холецистит, осложненные формы калькулезного холецистита.

Актуальность исследования. Одним из актуальных методов лечения желчекаменной болезни (ЖКБ), острого холецистита (ОХ) является холецистэктомия (1,4,7,8). До введения лапароскопической холецистэктомии в конце 80-х и в начале 90-х открытая холецистэктомия (ОХЭ) являлась золотым стандартом лечения симптоматического холелитиаза (2,9,11,17). В этот период диагноз ОХ служил противопоказанием к лапароскопическому лечению вследствие воспаления и отека (3,5,6,10,22). ОХ в тот период лечился консервативно: внутривенными растворами и антибиотиками. Это требовало отсроченной холецистэктомии через 6-12 недель после выписки больного

(19,20, 24). Однако окончательно исключать из арсенала лечебных методик ОХЭ, видимо, пока не следует, принимая во внимание, хотя и очень немногочисленные, позитивные оценки этой методики в лечении ОХ у соматически тяжёлых пациентов даже в сравнении с перкутанной холецистостомией (14,16,18). Альтернативой хирургической холецистэктомии стала лапароскопическая холецистэктомия(13,15).

Благодаря внедрению современных методов визуальной диагностики (прежде всего ультразвуковой), а также лапароскопических и миниинвазивных операций результаты лечения ОХ во всем мире улучшились, что привело к снижению летальности до 2,5-4%, а в некоторых ведущих центрах - до 1,1% и менее (12, 21,23).

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты обследования и лечения 452 пациентов с диагнозом острый холецистит, находившихся в СФ РНЦЭМП. Мужчин было 101 (22,3%), женщин 351 (77,7%). Соотношение мужчин и женщин составило 1:3. Средний возраст больных - 52,9 года.

Все больные поступили в стационар экстренно. Давность заболевания варьировала от 1 часа до 10 суток. В исследование брали пациентов с калькулезными формами ОХ.

Гангренозный холецистит диагностирован у 66 пациентов, флегмонозный - у 386. Оперативному лечению были подвергнуты 450 (99,5%) больных ОХ.

Необходимо отметить, что у некоторых больных имелись различные сопутствующие заболевания, среди которых основное место занимали заболевания сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца имела место у 29 больных, атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз у 5, гипертоническая болезнь у 9. У 7 больных отмечался сахарный диабет, у 5 - хронические заболевания легких. Всем этим больным

проводили соответствующую предоперационную подготовку. Ожирение III-IV степени наблюдалось чаще у лиц женского пола - 52, чем у мужчин - 3, что не являлось противопоказанием к лапароскопическим операциям.

Последовательное использование таких технических приемов как холецистолитотомия, эндолигатурная тракция шейки желчного пузыря в сочетании с холецистэктомией по Прибраму, выделение пузырного протока и одноименной артерии с помощью специального инструмента, позволило предотвратить повреждение магистральных желчных протоков. В 6 случаях имело место значительное кровотечение из короткого ствола пузырной артерии. Для его остановки нами использовалась инсуффляционная приставка, позволяющая значительно увеличить скорость подачи газа в брюшную полость, что крайне необходимо при интенсивной работе отсоса. Осуществлялась эвакуация кровяных сгустков после их механической фрагментации. Переход на лапаротомию имел место в 2 случае - при синдроме Миризи. Среднее время операции составило 84,1±7,2 мин. Летальных исходов и тяжелых послеоперационных осложнений, связанных с оперативным вмешательством мы не наблюдали.

Результаты исследования. Для осуществления оперативного вмешательства при ОХ мы располагали двумя основными технологиями оперативного лечения: открытыми (традиционными) и эндовидеохирургическими. Операцией выбора при ОХ мы считаем ЛХЭ. Использование выработанного нами комплекса профилактических мер по предупреждению осложнений при ЛХЭ позволило уменьшить среднюю длительность пребывания больного в стационаре с 10,5 до 4,5 койко-дня. Послеоперационная летальность в группе пациентов, оперированных лапароскопическим способом не было. Количество ранних послеоперационных осложнений уменьшилось с 6,6% после открытой холецистэктомии до 2,2% после лапароскопической.

Обсуждение

Проблема лапароскопического лечения больных с острым холециститом является предметом обсуждения с момента внедрения в клиническую практику подобных операций. На сегодняшний день активно рассматривается вопрос о необходимости длительного наблюдения и предоперационного консервативного лечения больных как с неосложненным, так и с острым холециститом.

Исходя из собственных наблюдений можно сделать следующий вывод, что о предпочтительности раннего вмешательства при остром холецистите. Мы считаем лапароскопическую холецистэктомию безопасной и эффективной процедурой у больных с острым холециститом. Операцией выбора при остром холецистите считает лапароскопическую холецистэктомию. Наши результаты подтверждают эту точку зрения.

Мы отдельно рассмотрели потенциал лапароскопического вмешательства у больных с острым деструктивным холециститом, что является сложной проблемой. Наш опыт свидетельствует о возможности и эффективности видеоэндоскопического доступа у этих больных. Мы выполняли это вмешательство более чем у половины наблюдавшихся больных с острым гангренозным холециститом.

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым холециститом является безопасной и высокоэффективной процедурой, осуществимой в условиях краткосрочного пребывания в стационаре.

Выводы. При остром холецистите УЗИ имеет низкий показатель чувствительности (25,3%) в выявлении сопутствующего холедохолитиаза, в то время как РПХГ показала чувствительность в 96%, а МСКТ - в 100%.

Тщательное обследование больных перед операцией, совершенствование и оптимизация техники оперативного вмешательства, применение доплерографического исследования и МСКТ у оперируемых пациентов позволяют предупредить ряд ошибок и развитие возможных

осложнений при ЛХЭ и улучшить результаты хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом.

Литература

1. МИЗАМОВ Ф. О. и др. ВОПРОСЫ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ //ВОПРОСЫ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ Учредители: Олимп. – №. 6. – С. 65-73.
2. Ochilova D. et al. PATHOGENETIC VALUE OF NITRIC OXIDE (NO) AT ISCHEMIC STROKE ON A BACKGROUND OF TREATMENT WITH GLIATILIN //INTERNATIONAL JOURNAL OF STROKE. – 1 OLIVERS YARD, 55 CITY ROAD, LONDON EC1Y 1SP, ENGLAND : SAGE PUBLICATIONS LTD, 2020. – Т. 15. – №. 1_ SUPPL. – С. 432-432.
3. Курбаниязов З. Б. и др. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ //ТОМ-1. – 2022. – С. 205.
4. Курбаниязов З. Б. и др. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ //ТОМ-1. – 2022. – С. 277.
5. Рахманов К. Э. и др. ПУТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕЦИДИВА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ //ТОМ-1. – 2022. – С. 378.
6. Ochilovich M. F. ВЛИЯНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ НА ЧАСТОТУ РЕЦИДИВА БОЛЕЗНИ //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 5.

7. Мизамов Ф. О. ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ: ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 416-426.
8. Мизамов Ф. О. РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 405-415.
9. Мизамов Ф. О., Файзуллаев О. М. У. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 3. – С. 195-202.
10. Мизамов Ф. О., Файзуллаев О. М. У. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 3. – С. 189-194.
11. Мизамов Ф. О. и др. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ //Research Focus International Scientific Journal. – 2023. – Т. 2. – №. 3. – С. 203-206.
12. Ахтамов Ж. А. и др. Результаты оперативного лечения эхинококкоза печени //Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. – №. 2. – С. 101-101.
13. Абдуллаев С. А. и др. Диагностика и хирургическая тактика при травмах печени //Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – Т. 8. – №. 2. – С. 128.
14. Oblakulov Z. T. et al. Tukhtaev BKh. Videolaparoskopicheskoe lechenie ostroy spaechnoy kishechnoy neprokhodimosti [Video laparoscopic treatment of acute adhesive intestinal obstruction] //Doshfizheniya nauki i obrazovaniya. – 2020. – Т. 1. – С. 70-3.

15. Шоназаров И. Ш. и др. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ // Вестник экстренной медицины. – 2023. – Т. 16. – №. 1. – С. 26-29.
16. Абдуллаев С. А. и др. Диагностика и хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений // Всерос. конференция хирургов: Материалы конференции. – 2003. – С. 94.
17. Ахтамов Ж. А. и др. Модификация обработки остаточной полости при эхинококкозе печени // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. – №. 2. – С. 101a-101.
18. Мизамов Ф. О. Функциональное состояние печени у больных с эхинококкозом печени до и после операции // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. – №. 2. – С. 119-119.
19. Хакимов Э. А. и др. Опыт лечения суицидных ожогов // Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 67-68.
20. Мизамов Ф. О. и др. ХИМИОТЕРАПИЯ И ПРОБЛЕМЫ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ // Вопросы науки и образования. – 2022. – №. 6 (162). – С. 65-73.
21. МИЗАМОВ Ф. О. и др. ВОПРОСЫ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ // ВОПРОСЫ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ Учредители: Олимп. – №. 6. – С. 65-73.
22. Рузиев П. Н. и др. Опыт консервативного лечения повреждения селезенки при закрытой травме живота // Скорая медицинская помощь. – 2022. – 2022. – С. 109-110.
23. Курбониязов З. Б. и др. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ В

ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ
//ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.

- 24.Ахтамов Ж. А. и др. Виды дренирования при нарушении проходимости внепеченочных желчных протоков //Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. – №. 2. – С. 49-49.
- 25.КУРБАНИЯЗОВ З. Б. и др. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО–МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ //Т [a_XW [i [S US S_S^[ùe YfcS^ . – 2022. – С. 16.
- 26.Курбаниязов З. Б. и др. Роль химиотерапии в профилактике рецидива эхинококкоза печени //Вопросы науки и образования. – 2022. – №. 6 (162). – С. 39-50.
- 27.Мустафакулов И. Б. и др. СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 175-182.
- 28.Янгиев Б. А. и др. НЕНАТЯЖНАЯ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ //Journal the Coryphaeus of Science. – 2024. – Т. 6. – №. 1. – С. 88-97.
- 29.Каримов Ж. Ш., Тухтаев Д. К., Хурсанов Ё. Э. МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН //Science and innovation. – 2024. – Т. 4. – №. 1. – С. 68-77.

30. Курбонов Н. А., Хурсанов Ё. Э., Эркинов Ш. Ш. НОВЫЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ //Boffin Academy. – 2024. – Т. 2. – №. 1. – С. 129-139.
31. Ота?улов А. Г., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.) //Science and innovation. – 2024. – Т. 4. – №. 1. – С. 56-67.
32. Elmuradov G. K., Xursanov Y. E. OPTIMIZATION SONOGRAPHIC ASSESSMENT OF THE NATURE AND SEVERITY OF CLOSED ABDOMINAL TRAUMA //Science and innovation. – 2023. – Т. 3. – №. 5. – С. 21-32.
33. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
34. Abdurakhmanovich A. A., Furkatovich A. R. Methods of early surgical treatment of Burns //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 528-532.
35. Erkinovich K. Y. Methods of early surgical treatment of burns //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – Т. 2. – №. Special Issue 4. – С. 184-188.
36. Ачиллов М. Т. и др. ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 62-69.
37. Элмурадов Г. К., Шукуров Б. И. ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАЗРЫВОВ ДИАФРАГМЫ //THEORY

- AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2022. – Т. 1.
– №. 7. – С. 40-58.
38. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ?ЎЛНИНГ ЧУ?УР
КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №.
Special issue 1. – С. 35-42.
39. Саттаров Ш. Х., Рузибаев С. А., Хурсанов Ё. Э. РЕЗУЛЬТАТЫ
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С
ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСТОМИИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. –
№. 2. – С. 238-242.
40. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Мухаммадиев М. Х. ВОЗМОЖНОСТЬ
ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ BISAP ДЛЯ
ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО
ПАНКРЕАТИТА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 158-164.
41. Рузибоев С. А., Авазов А. А., Хурсанов Е. Э. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И
РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ //Research
Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 184-191.
42. Саттаров Ш. Х., Рузибаев С. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТИ
КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 144-
150.