

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИОРИТЕТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

З.Б. КУРБАНИЯЗОВ¹, И.Ш. ШОНАЗАРОВ^{1,2}, О.А. ХАМИДОВ¹, З.Н. НУРМУРЗАЕВ¹

¹Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

²Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Самарканд, Узбекистан

EFFECTIVENESS OF THE PRIORITY USE OF MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF ACUTE CHOLECYSTITIS

Z.B. KURBANIAZOV¹, I.SH. SHONAZAROV^{1,2}, O.A. KHAMIDOV¹, Z.N. NURMURZAEV¹

¹Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

²Samarkand branch of the Republican Scientific Center of Emergency Medicine, Samarkand, Uzbekistan

Цель. Оценка результатов дифференцированного применения миниинвазивных методов хирургического лечения больных осложненными формами острого холецистита.

Пациенты. Изучены результаты лечения 82 больных с желчным перитонитом (ЖП), развившимся как осложнение острого деструктивного холецистита. Мужчин было 24 (29,7%), женщин – 58 (70,3%). Средний возраст – 55,2±1,3 года. В группу сравнения вошли 33 (40,2%) пациента, подвергнутые открытым хирургическим вмешательствам. В основную группу включены 49 (59,8%) больных, у которых в качестве приоритетных методов оперативного лечения применялись миниинвазивные хирургические вмешательства.

Результаты. Показатель успешности миниинвазивных (диапевтических и лапароскопических) вмешательств в лечении местного ЖП, развившегося как осложнение острого холецистита, составил 67,3%.

Заключение. При ЖП расширение показаний к миниинвазивным хирургическим вмешательствам позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений с 33,3 до 16,3%, летальности – с 6,1 до 4,1%. В лечении разлитого желчно-гнойного перитонита показана широкая лапаротомия.

Ключевые слова: острый холецистит, осложнения, желчный перитонит, лечение, эндоскопия, лапароскопия, лапаротомия.

Aim. Evaluation of the results of differentiated use of minimally invasive methods of surgical treatment of patients with complicated forms of acute cholecystitis.

Patients. The results of treatment of 82 patients with biliary peritonitis (BP) developed as a complication of acute destructive cholecystitis were studied. There were 24 men (29,7%), women – 58 (70,3%). Mean age 55,2±1,3 years. The comparison group included 33 (40,2%) patients who underwent open surgery. The main group included 49 (59,8%) patients in whom minimally invasive surgical interventions were used as priority methods of surgical treatment.

Results. The success rate of minimally invasive (diapευtical and laparoscopic) interventions in the treatment of local gallbladder that developed as a complication of acute cholecystitis was 67,3%.

Conclusion. In case of gallbladder disease, the expansion of indications for minimally invasive surgical interventions makes it possible to reduce the incidence of postoperative complications from 33,3 to 16,3%, and mortality from 6,1 to 4,1%. In the treatment of diffuse bile-purulent peritonitis, a wide laparotomy is indicated.

Keywords: acute cholecystitis, complications, bile peritonitis, treatment, endoscopy, laparoscopy, laparotomy.

10.54185/TBEM/vol15_iss6/a2

Желчный перитонит является тяжелым осложнением острого холецистита. Однако, 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% [1–4].

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 холеперитонеум, и это довольно часто наблюдается при пропотевании желчи через стенку желчного пузыря без ее перфорации [5].

Для лечения желчного перитонита обычно применяется лапаротомия или релапаротомия, которая является сама по себе весьма травматичным вмешательством, при котором послеоперационная летальность достигает 9,1–22,5% [6–10]. Исход оперативных вмешательств во многом зависит от выбора и последовательности используемых методов хирургической коррекции [11–13]. Дальнейшие перспективы улучшения результатов хирургического лечения больных желчным перитонитом в настоящее время зависят от применения щадящих миниинвазивных оперативных вмешательств – пункционно дренирующих и эндоскопических, выполнения операций до развития системной воспалительной реакции организма и абдоминального сепсиса [5, 14–16].

Цель. Оценка результатов дифференцированного применения миниинвазивных методов хирургического лечения больных осложненными формами острого холецистита.

Материал и методы

Изучены результаты лечения 82 больных с желчным перитонитом (ЖП), развившимся как осложнение острого деструктивного холецистита. Это число больных составило 7,1% из общего количества 5849 оперированных больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Среди больных с ЖП мужчин было 24 (29,7%), женщин – 58 (70,3%). Соотношение мужчин/женщин составило 1:2,5, тогда как это же соотношение среди всех оперированных больных с ЖКБ составило 1:6, что подтверждает литературные данные о более сложном течении холелитиаза у лиц мужского пола.

Средний возраст больных с ЖП составил $55,2 \pm 1,3$ года. Превалировали пациенты в возрасте 60–74 лет (29; 35,4%) больных) и 45–59 лет (23; 28,0%), 7 (8,5%) больных были в возрасте старше 75 лет.

Сопутствующие заболевания имелись у 51 (62,2%) больного. Холангит, как осложнение основного патологического процесса, был выявлен в 42 (51,2%) случаях. Хроническая сопутствующая патология двух систем отмечена у 34 (41,5%) больных, трех и более – у 21 (25,6%).

Больные с ЖП, включенные в данное исследование, были распределены на две группы. В группу сравнения вошли 33 (40,2%) пациента, оперированные в 2001–2010 гг., в комплексном лечении которых использовались стандартные общепринятые подходы. В основную группу включены 49 (59,8%) больных, оперированные в 2011–2020 гг., у которых алгоритм проведения лечебно-диагностических мероприятий строился на принципах «Программы ускоренного выздоровления» (ПУВ) [17], и в качестве приоритетных методов оперативного лечения применялись миниинвазивные хирургические вмешательства.

По механизму истечения желчи в брюшную полость при остром деструктивном холецистите мы наблюдали две разновидности форм желчного перитонита: прободной и пропотной. Прободной желчный перитонит 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.

Пропотной ЖП наблюдался у 55 (67,1%) больных, в том числе разлитой – у 9 (16,4%) и отграниченный – у 46 (83,6%). Прободной ЖП был у 27 (32,9%) больных, из них разлитой – у 10 (37,1%) и отграниченный – у 17 (62,9%). В сумме в 19 (23,2%) случаях, т.е. у $\frac{1}{4}$ больных, диагностирован разлитой желчный перитонит.

Только 2/3 больных (53 (64,6%) пациента) поступили в клинику в первые (31; 37,8%) и вторые (22; 26,8%) сутки заболевания, остальные (29; 35,4%) – на третьи и позже сроки от начала приступов.

При госпитализации общее состояние как относительно удовлетворительное и средней тяжести расценено только у 17 (20,7%) и 31 (37,8%) больных с ЖП, остальные пациенты поступали в клинику в тяжелом (24; 29,3%) и крайне тяжелом (10; 12,2%) состоянии. Признаки синдрома системной воспалительной реакции (SIRS) имели место у 74 (86,6%) пациентов, в том числе у 10 (12,2%) диагностирован сепсис.

31 (37,8%) пациент с явными клиническими и ультразвуковыми признаками острого деструктивного холецистита и ЖП оперирован в течение первых 6 часов, еще 43 (52,4%) больных оперированы в первые сутки от момента госпитализации, 8 (9,8%) больным хирургические вмешательства выполнены позже суток.

У больных группы сравнения ($n=33$) холецистэктомия и санация брюшной полости во всех случаях выполнены открытым способом через широкий верхнесрединный доступ, при этом у 5 (15,2%) больных операция была дополнена холедохолитотомией.

В основной группе пациентов ($n=49$), как правило, использовали миниинвазивные хирургические доступы: микрохолецистостомия и пункция биломы под УЗИ наведением у 11 (22,4%) больных; холецистэктомия, холедохолитомия и дренирование холедоха из минилапаротомного доступа – у 6 (12,2%); лапароскопическая холецистэктомия – у 16 (32,7%) (в т.ч. у 3 (6,1%) хирургическое вмешательство дополнено выполнением эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) вторым этапом). Только у 16 (32,7%) больных основной группы с разлитым желчно-гнойным перитонитом холецистэктомия и санация брюшной полости выполнены через широкую лапаротомию.

Результаты и обсуждение

Различные послеоперационные осложнения констатированы у 11 (33,3%) больных группы сравнения. В частности, в 2 (6,1%) случаях отмечено формирование биломы в подпеченочной области, которые удалось дренировать путем восстановления функции подпеченочных дренажных трубок. В 2 (6,1%) других случаях имело место длительное (от 2 до 4 недель) желчеистечение из дренажных трубок, установленных в подпеченочном пространстве. У этих больных выполнена ЭПСТ с литоэкстракцией из внепеченочных желчных протоков, после чего прекратилось поступление желчи из подпеченочной дренажной трубки. Релапаротомия выполнена 6 (18,2%) пациентам группы сравнения, в том числе в 4 (12,1%) случаях по поводу продолжающегося перитонита выполнены санация и дополнительное дренирование брюшной полости, в 1 (3,0%) – вскрытие и дренирование подпеченочных и поддиафрагмальных абсцессов и еще в 1 (3,0%) – остановка кровотечения из пузырной артерии. У 9 (27,3%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны. В этой группе пациентов умерли 2 (6,1%) оперированных больных на фоне прогрессирования абдоминального сепсиса (см. табл.).

Таблица. Частота послеоперационных осложнений

Осложнение	Группа сравнения, n=33		Основная группа, n=49	
	абс.	%	абс.	%
Развитие биломы	2	6,1	2	4,1
Желчеистечение	2	6,1	1	2,0
Продолжающийся ЖП	4	12,1	1	2,0
Абсцессы брюшной полости	1	3,0	1	2,0
Кровотечение	1	3,0	2	4,1
Панкреатит	–	–	1	2,0
Нагноение раны*	9	27,3	3	6,1
Всего больных с осложнениями	11	33,3	8	16,3
Умерли	2	6,1	2	4,1

* – нагноение раны, как правило, развивалось на фоне внутрибрюшных гнойных осложнений.

В основной группе больных послеоперационные осложнения развились в 8 (16,3%) случаях. За исключением 2 (4,1%) случаев практически всегда послеоперационные осложнения в этой группе удалось устранить миниинвазивными вмешательствами или консервативно. Так, у 2 (4,1%) больных с формированием в послеоперационном периоде биломы подпеченочной области скопления патологической жидкости успешно санированы пункционным способом под контролем УЗИ. В другом случае, когда имело место кровотечение из прокола ткани печени после чрезпеченочной пункции желчного пузыря, выполнена лапароскопическая коагуляция. Еще в одном случае эпизод желудочно-кишечного кровотечения, источником которого была рана большого дуоденального сосочка после ЭПСТ, остановлен эндоскопической электрокоагуляцией. Наружное желчеистечение наблюдалось у 1 пациента, при релапароскопии выявлена несостоятельность культи пузыря, которая повторно клипирована. В 1 случае в послеоперационном периоде сформировался поддиафрагмальный абсцесс, который удалось успешно санировать тремя повторными пункциями под контролем УЗИ. Релапаротомия в основной группе пациентов проведена 1 больной по поводу продолжающегося перитонита. Нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 3 (6,1%) больных. В этой группе умерли 2 (4,1%) больных на фоне прогрессирования острого деструктивного панкреатита, развившегося как осложнение ЭПСТ, и продолжающегося перитонита.

Заключение

ЖП у больных с острым холециститом развивается у 7,1% больных, при этом преобладает (67,1%) прототипная форма перитонита. ЖП вследствие перфорации стенки желчного пузыря наблюдается у 32,9% больных острым деструктивным холециститом. Показатель успешности миниинвазивных (диапневтических и лапароскопических) вмешательств в лечении местного ЖП, развившегося как осложнение острого холецистита, составляет 67,3%. В лечении разлитого желчно-гнойного перитонита показана широкая лапаротомия. Расширение показаний к миниинвазивным хирургическим вмешательствам позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений с 33,3 до 16,3%, летальности – с 6,1 до 4,1%.

Литература

1. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. «Свежие» повреждения желчных протоков. Хирургия. 2010; 10:5–10 [Gal'perin E.I., Chevokin A.Yu. «Svezhie» povrezhdeniya zhelchnykh protokov. Hirurgiya. 2010; 10:5–10. In Russian].
2. Назиров Ф.Г., Туракулов У.Н., Акбаров М.М., Саатов Р.Р. Использование малоинвазивных методов коррекции ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков и наружных желчных свищей. Эндоскопическая хирургия. 2018; 24(5):7–9 [Nazirov F.G., Turakulov U.N., Akbarov M.M., Saatov R.R. Ispol'zovanie maloinvazivnykh metodov korrektsii yatrogennykh povrezhdenij vnepechenochnykh zhelchnykh protokov i naruzhnykh zhelchnykh svishchej. Endoskopicheskaya hirurgiya. 2018; 24(5):7–9. In Russian]. <https://doi.org/10.17116/endoskop2018240517>
3. Kim T.H., Bae H.J., Hong S.G. A Rare Fatal Bile Peritonitis after Malposition of Endoscopic Ultrasound-Guided 5-Fr Naso-Gallbladder Drainage. Clinical Endoscopy. 2020; 53(1):97–100. <https://doi.org/10.5946/ce.2019.032>
4. Rainio M., Lindström O., Udd M., Haapamäki C., Nordin A., Kylänpää L. Endoscopic Therapy of Biliary Injury After Cholecystectomy. Dig Dis Sci. 2018; 63(2):474–480. <https://doi.org/10.1007/s10620-017-4768-7>
5. Гумерова Г.Н., Нуриева А.И., Шайхутдинова А.М., Стяжкина С.Н. Билиарный перитонит – как осложнение хронического калькулезного холецистита. Столица Науки. 2020; 5:25–31 [Gumerova G.N., Nurieva A.I., Shajhutdinova A.M., Styazhkina S.N. Biliarnyj peritonit – kak oslozhenie hronicheskogo kal'kuleznogo holecistita. Stolica Nauki. 2020; 5:25–31. In Russian].
6. Врание Е.Е., Ашевский В.В. Лечение желчных перитонитов. Бюллетень медицинских интернет-конференций. ООО Наука и инновации. 2017; 7(5):767–767 [Vrabie E.E., Ashevskij V.V. Lechenie zhelchnykh peritonitov. Byulleten' medicinskih internet-konferencij. ООО Nauka i innovacii. 2017; 7(5):767–767. In Russian].
7. Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Даминова Н.М. Улучшение непосредственных результатов билиарного сепсиса при послеоперационном желчном перитоните. Успенские чтения. 2015; 115–115 [Kurboinov K.M., Mahmadv F.I., Daminova N.M. Uluchshenie neposredstvennykh rezul'tatov biliarnogo sepsisa pri posleoperacionnom zhelchnom peritonite. Uspenskie chteniya. 2015;115-115. In Russian].
8. Budipramana V.S., Meilita M. Obstructive-type jaundice without bile duct dilatation in generalized peritonitis is a specific sign of spontaneous gall bladder perforation. Case Reports in Medicine. 2020;2020. <https://doi.org/10.1155/2020/6504260>
9. Faridi S.H., Aslam M., Siddiqui B., Khan R.A. Challenges in the diagnosis and management of spontaneous bile duct perforation: A case report and review of literature. Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons. 2015; 20(3):143–145. <https://doi.org/10.4103/0971-9261.159030>
10. Lock J.F., Eckmann C., Germer C.T. Characteristics of postoperative peritonitis. Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin. 2016; 87(1):20–25. <https://doi.org/10.1007/s00104-015-0110-0>
11. Хаджибаев А.М., Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Анваров Х.Э., Абдухалимов И.А. Опыт хирургического лечения эхинококкоза печени и сердца в условиях экстренного стационара. Вестник экстренной медицины. 2018; 11(1):61–65 [Khadjibaev A.M., Abdurakhmanov A.A., Obeyd M.A., Anvarov X.E., Abdukhalimov I.A. Opyt khirurgicheskogo lecheniya ehinokokkoza pecheni i serdca v usloviyakh ekstreynogo stacionara. Vestnik ekstreynoy meditsiny. 2018; 11(1):61–65]

- Abdurahmanov A.A., Obejd M.A., Anvarov H.E., Abduhalimov I.A. Opyt hirurgicheskogo lecheniya ekhinokokkoza pecheni i serdca v usloviyah ekstrennogo stacionara. Vestnik ekstrennoj mediciny. 2018; 11(1):61–65. In Russian].
12. Kummeling A. Hepatic and biliary tract surgery. Complications in Small Animal Surgery. 2016; 441–445. <https://doi.org/10.1002/9781119421344.ch61>
 13. Otto W., Sierdziński J., Smaga J., Dudek K., Zieniewicz K. Long-term effects and quality of life following definitive bile duct reconstruction. Medicine (Baltimore). 2018; 97(41):e12684. doi: 10.1097/MD.00000000000012684.
 14. Feng X., Dong J. Surgical management for bile duct injury. BioScience Trends. 2017; 11(4):399–405. <https://doi.org/10.5582/bst.2017.01176>
 15. Kotecha K., Kaushal D., Low W., Townend P., Das A., Apostolou C., Merrett N. Modified Longmire procedure: a novel approach to bile duct injury repair. ANZ J Surg 2019; 89(11):E554–E555. <https://doi.org/10.1111/ans.14901>
 16. Thompson B.J., Sherman R.A. Comprehensive Review of Biliary Peritonitis. Topics in companion animal medicine. 2021; 44:100532. <https://doi.org/10.1016/j.tcam.2021.100532>
 17. Затевахин И.И., Лядов К.В., Пасечник И.Н. Программа ускоренного выздоровления хирургических больных. М ГЭОТАР-Медиа. 2017; 18 [Zatevahin I.I., Lyadov K.V., Pasechnik I.N. Programma uskorennoy vyzdorovleniya hirurgicheskikh bol'nykh. M GEOTAR-Media. 2017; 18. In Russian].

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИНГ АСОРАТЛАНГАН ТУРЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА КАМИНВАЗИВ АМАЛИЁТЛАРНИ УСТУВОР ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

З.Б. КУРБАНИЯЗОВ¹, И.Ш. ШОНАЗАРОВ^{1,2}, О.А. ХАМИДОВ¹, З.Н. НУРМУРЗАЕВ¹

¹Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

²Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Самарқанд филиали, Самарқанд, Ўзбекистон

Мақсад. Ўткир холециститнинг асоратланган турлари бўлган беморларни хирургик даволашнинг каминвазив усуллари мақсадли қўллаш натижаларини баҳолаш.

Беморлар. Ўткир деструктив холецистит оқибатида ривожланган сафроли перитонит (СП)и бўлган 82 беморни даволаш натижалари ўрганилган. Эркалар 24 нафар (29,7%)ни, аёллар 58 нафар (70,3%)ни ташкил қилди. Ўртача ёши 55,2±1,3 га тенг бўлган. Таққослаш гуруҳига очиқ хирургик амалиётлар бажарилган 33 нафар (40,2%) бемор, асосий гуруҳга эса хирургик даволашда каминвазив амалиётлар устувор равишда қўлланилган 49 нафар (59,8%) бемор киритилди.

Натижалар. Ўткир холецистит асорати сифатида ривожланган маҳаллий СПни даволашда каминвазив (диапевтик ва лапароскопик) амалиётларнинг самарадорлик кўрсаткичи 67,3%ни ташкил қилди.

Хулоса. СПда каминвазив хирургик амалиётларга кўрсатмаларни кенгайтириш операциядан кейинги асоратлар миқдорини 33,3%дан 16,3%гача, ўлим кўрсаткичини эса 6,1%дан 4,1%гача камайтиришга имкон беради. Тарқалган сафроли-йирингли перитонитларда кенг лапаротомияни қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Калит сўзлар: ўткир холецистит, асоратлари, сафроли перитонит, даволаш, эндоскопия, лапароскопия, лапаротомия.

Сведения об авторах:

Курбаниязов Зафар Бобожанович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Самаркандского государственного медицинского университета.
E-mail: dr.zafar@list.ru

Шоназаров Искандар Шоназарович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии факультета постдипломного образования Самаркандского государственного медицинского университета, врач-хирург приемного отделения Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
E-mail: iskandarshonazar@gmail.com

Хамидов Обид Абдурахманович – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой клинической радиологии Самаркандского государственного медицинского университета.
E-mail: oxamidov@gmail.com

Нурмурзаев Зафар Нарбай угли – ассистент кафедры клинической радиологии Самаркандского государственного медицинского университета.
E-mail: nurmurzayevzafar@gmail.com

Поступила в редакцию: 18.10.2022

Information about the authors:

Kurbaniyazov Zafar Bobozhanovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Surgical Diseases No.1 of the Samarkand State Medical University.
E-mail: dr.zafar@list.ru

Shonazarov Iskandar Shonazarovich – Candidate of Medical Sciences, Associate professor of the Department of Surgery, Endoscopy and Anesthesiology-Resuscitation of the Faculty of Postgraduate Education of the Samarkand State Medical University, a surgeon at the Emergency department of the Samarkand branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine.
Email: iskandarshonazar@gmail.com

Hamidov Obid Abdurakhmanovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Clinical Radiology of the Samarkand State Medical University.
Email: oxamidov@gmail.com

Nurmurzaev Zafar Narbay ugli – Assistant at the Department of Clinical Radiology of the Samarkand State Medical University.
Email: nurmurzayevzafar@gmail.com

Received: 18.10.2022