УДК: 617089:61634

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

О.Р. ТЕШАЕВ, Э.Н. ЖАББОРОВ, А.А. ХОЛДОРОВ, З.О. АБДУЛЛАЕВ
Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Резюме. С 2013 до 2014 года мы проанализировали 121 пациентов в возрасте 19 - 88 лет с различными формами острого холецистита. Только 13 (10.7%) были госпитализированы в течение 6 часов до начала болезни. У 53 пациентов (43.8%) продолжительность болезни было 6 - 24 часа, и у 55 пациентов (45.5%) оперировали через сутки после приступа острого холецистита. В 9 (7.4%) случаев острый холецистит был осложнен обтурационной желтухой, которая устранена с использованием миниинвазивных вмешательств (ЧЧХС - 2 (22.2%), ЭРПХГ+СПТ - 7 (77.8%)) в начале лечения. Основной операцией была - холецистэктомия. Анализируя технические аспекты операций, нужно отметить, что использование минимально агрессивных операций во многих случаях было связано с определенными техническими трудностями. При остром катаральном и флегмонозном холецистите без признаков перивезикального процесса более эффективны лапароскопическая холецистэктомия. При флегмонозном холецистите с умеренно выраженным перипузырным процессом и гангренозном холецистите операции выбор вявляется холецистэктомия через межмышечный мини-доступ в правое подреберье. В случае технических сложностей, выявленных во время хирургического вмешательства, совершенно оправдана расширение ран. При выполнении открытого хирургического вмешательства при остром холецистите наиболее рациональным является правостаронный межмышечный доступ.

Ключевые слова: острый холецистит, лапаротомия, лапароскопическая, катаральная, флегмонозный, обтурационная желтуха.

SELECTION OF THE OPTIMAL SURGICAL TREATMENT FOR ACUTE CHOLECYSTITIS

O.R. TESHAEV, E.N. ZHABBOROV, A.A. KHOLDOROV, Z.O. ABDULLAEV
Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Resume. From 2013 to 2014 we have analyzed the treatment of 121 patients aged 19 to 88 years with various forms of acute cholecystitis. Only 13 (10.7%) were hospitalized within 6 hours from the start of the disease. In 53 (43.8%) patients had disease duration was 6 - 24 hours, and 55 (45.5%) patients were admitted to the surgical ward after 24 hours from the time of acute holetsistita.V 9 (7.4%) cases of acute cholecystitis was complicated by obstructive jaundice, which persists with the use of minimally invasive (PTHC 2 (22.2%), ERCP+ERS + 7 (77.8%) of instrumental methods in the beginning of treatment.Of these 18 (14.9) patients treated without surgery. 103 (85.1%) patients were operated on at different times from admission to the surgical ward. The main type of operation was - cholecystectomy. Analyzing the technical aspects of the operations, it should be noted that the use of minimally invasive surgical procedures in a number of cases have been associated with certain technical difficulties. In acute catarrhal and phlegmonous cholecystitis without evidence of perivesical process more efficient laparoscopic cholecystectomy. When phlegmonous cholecystitis with moderate perivesicular process and gangrenous cholecystitis operations choice where these are cholecystectomy through intramuscular mini access to the right upper quadrant in the case of technical difficulties identified during surgery, it is justified by the expansion of wounds. When performing open surgery for acute cholecystitis is the most rational right sides intermuscular access.

Key words: acute cholecystitis, laparotomy, laparoscopic, catarrhal, phlegmonous, obstructive jaundice.

В настоящее время острый холецистит стал одним из самых распространенных ургентных хирургических заболеваний в нашей Республики. [Нишанов Ф.Н., 2011]. Несмотря на заметное улучшение результатов лечения, летальность после экстренных операций по поводу острого холецистита остается в несколько раз выше, чем при плановых оперативных вмешательствах [Борисов А.И., 2010.].

Цель исследования: Выбор рациональной хирургической тактики лечения острого холецистита.

Материал и методы исследования: С 2013 по 2014 гг. в 1 – ГКБ города Ташкента госпитализированы и нами проведен анализ лечения 121 больных в возрасте от 19 до 88 лет с различными формами острого холецистита. Давность заболевания варьировала от 5 часов до 5 и более суток. Лишь 13 (10,7%) были госпитализированы в сроки до 6 часов от начала заболевания. У 53 (43,8 %) пациентов давность заболевания составляла 6 - 24 часа, а 55 (45,5 %) больных поступили в хирургическое отделение позже 24 часов с момента развития острого холецистита.В 9 (7,4 %) наблюдений острый холецистит был осложнен механической желтухой, чего удалось устранить с использованием малоинвазивных (ЧКЧПХС 2 (22,2 %), ЭРПХГ + СПТ 7 (77,8 %) инструментальных методов в самом начале лечения.Из них 18 (14,9) больных обошлись безоперации. 103(85,1 %) пациентов были оперированы в различные сроки от момента поступления в хирургическое отделение. Из них 8(7,7 %) оперированы в экстренном порядке, 81 (78,7%) - в срочном порядке, а14 (13,6 %)- в отсроченном периоде.Виды хирургического вмешательства и сроки их выполнения представлены в таблице 1.

Результаты и обсуждение: Основным видом операции было - холецистэктомия. Анализируя технические аспекты выполнения операций, необходимо отметить, что применение малоинвазивных хирургических вмешательств в ряде случаев было сопряжено с определенными техническими трудностями. Так, при выполнении срочной лапароскопической холецистэктомии в 3 (2,4%) случаев из-за выраженных инфильтративно-воспалительных изменений в области шейки желчного пузыря произошла конверсия - выполнена холецистэктомия через межмышечный мини-доступ в правое подреберье.

Таблица 1.

Виды хирургических вмешательств и сроки их выполнения при остром холецистите

Название операции	Экстренная	Срочная	Отсроченная	Всего
Традиционная холецистэктомия	1 (0,8%)	-	2 (1,6%)	3 (2,4%)
Холецистэктомия через межмышечный мини-доступ в правое подреберье	4 (3,3%)	59 (48,8%)	4 (3,3%)	67 (55,4%)
Лапароскопическая холецистэктомия	2 (1,6%)	21 (17,4%)	10 (8,3%)	33 (27,3%)
Без операции	-	-	-	18 (14,9%)
Итого	7 (5,7%)	80 (66,2%)	16 (13,2%)	121 (100%)

Таблица 2.

Виды операций в зависимости от стадии развития острого холецистита их его осложнений

Название операции	Механическая желтуха		Флегманоз		Гангреноз		Парапузырный абсцесс с перитонитом		Всего
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
Традиционная холецистэктомия	1 (0.8%)	1(0.8%)	-	-	-	-	1 (0.8%)	-	3 (2.4%)
Холецистэктомия через межмышечный мини-доступ в правое подреберье	-	-	7 (5.8%)	26 (21.5%)	8 (6.6%)	18 (14.9%)	-	-	59 (48.8%)
Лапароскопическая холецистэктомия	-	-	5 (4.1%)	24 (19.8%)	2 (1.7%)	2 (1.7%)	-	-	33 (27.3%)
Конверция	-	-	1 (0.8%)	2 (1.7%)	-	3 (2.5%)	1 (0.8%)	1 (0.8%)	8 (6.6%)
Без операции	-	-	-	-	-	-	-	-	18 (14.9%)
Итого	1 (0.8%)	1 (0.8%)	13 (10.7%)	52 (43%)	10 (8.3%)	23 (19.1%)	2 (1.6%)	1 (0.8%)	121 (100%)

Холецистэктомия через межмышечный мини-доступ в правое подреберье в этот период в 2 (1,6 %) случаев из-за наличия плотного инфильтрата также сопровождалось переходом на традиционную открытую холецистэктомию. В отсроченном периоде при использовании лапароскопической холецистэктомии в 1 (0,8%) случаев встретились со значительно выраженным рубцово-спаечным процессом в области шейки желчного пузыря. Это потребовало изменения хода операции и выполнения традиционной холецистэктомии. Располагая опытом выполнения традиционной холецистэктомии с использованием верхнесрединной лапаротомии, холецистэктомия через межмышечный мини-доступ в правое подреберье и в последние годы отдаем предпочтение последнему. Косой межмышечный доступ в правое подреберье обеспечивает не только хороший доступ к желчному пузырю и желчным протокам, но и легче переносится больными и реже сопровождается раневыми осложнениями по сравнению с другими видами лапаротомии. Холецистэктомия через межмышечный мини-доступ в правое подреберье осуществилось в 59 (48,8%) случаях. Из них в 23 (19,1 %) случаях при УЗД исследовании обнаружено увеличение самого пузыря более 100 мм утолщение стенки (более 5-7 мм.) желчного пузыря. Наличие жидкости у 21 (17,4 %) больных в околопузырной области и последующее ее неисчезновение в течении двух последующих дней, которая явилась показанием для операции холецистэктомия через межмышечный мини-доступ в правое подреберье. Также при осуществлении лапароскопической холецистэктомии у 8 (6,6%) больных наблюдалась конверция. Причинами того явились рубцово-спаечные процессы 5 случая и наличие сопутствующего инфильтрата околопузырной области 3 случаях. Что послужило прибегнуть к холецистэктомии через межмышечный мини-доступ в правое подреберье и лечить сопутствующую патологию околопузырной области соответственно адекватным способом.

Наши клинические наблюдения показывают, что применение холецистэктомия через межмышечный мини-доступ в правое подреберье у этой категории пациентов дает хорошие результаты при радикальном лечении, сопоставимые с результатами плановых операций. Широкая лапаротомия у пациентов с исходным высоким операционно-анестезиологическим риском значительно увеличивает операционную агрессию, способствует возникновению таких осложнений, как острая сердечнососудистая недостаточность, пневмония, печеночная недостаточность. В связи с этим при остром холецистите необходимо шире использовать межмышечный мини-доступ в правое подреберье. В то же время следует особо отметить, что выполнение холецистэктомии из минилапаротомного доступа или лапароскопической холецистэктомии не должно быть самоцелью. При наличии технических трудностей попытки, во что бы то ни стало закончить операцию данным способом значительно увеличивает риск возникновения серьезных осложнений. Помимо этого, при значительном удлинении продолжительности операции проблемы, связанные с действием напряженного пневмоперитонеума на систему дыхания и кровообращения при лапароскопической операции, могут перевесить преимущества данной операции.

Сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений, летальности, а также экономической эффективности свидетельствует о преимуществе активной хирургической тактики с применением малоинвазивных оперативных вмешательство при остром холецистите.

Общая летальность при подобной тактике лечения 121 (100 %)пациентов с острым холециститом,из них послеоперационная летальность – 1 (0,8%) Частота послеоперационных осложнений при этом была 8 (6,6%). Причем послеоперационная летальность в значительной степени определялась высокой летальностью после вынужденных экстренных вмешательств у наиболее тяжелых групп пациентов. Низкая частота осложнений и летальности после срочных хирургических вмешательств с использованием новых хирургических технологий демонстрирует целесообразность предлагаемой тактики лечения.

Таким образом, активная тактика лечения пациентов с острым холециститом должна базироваться на точных сведениях о характере, распространенности и динамике воспалительного процесса, которые необходимо получить в течение первых суток с момента госпитализации пациента. Современные ультразвуковые методы позволяют получить достаточно надежную объективную информацию и выбрать адекватную лечебную тактику у большинства пациентов с острым холециститом.

Выводы: При остром катаральном и флегмонозном холецистите без признаков перивезикального процесса более эффективны лапароскопическая холецистэктомия.

При флегмонозном холецистите с умеренно выраженным перипузырным процессом и гангренозном холецистите операции выбор выявляется холецистэктомия через межмышечный мини-доступ в правое подреберье. В случае технических сложностей, выявленных во время хирургического вмешательства, совершенно оправдана расширение ран.

При выполнении открытого хирургического вмешательства при остром холецистите наиболее рациональным является правостаронный межмышечный доступ.

Литература:

1. Борисов А.И., Григорьев С.Г.. Малоинвазивные технологии в абдоминальной хирургии у лиц с высоким операционным риском //Ж. Эндоскопическая хирургия. – 2010 – С- 47-49.
2. Брискин Б.С., Брюнин А.В. Сравнительная оценка малоинвазивных операций при желчнокаменной болезни и ее осложнениях // В кн.: Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. –Москва. -2010 - С-86-88.
3. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Холматов Ш.Т., Рахманов С.У. Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита у больных с повышенным операционным риском // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - № 6. – С. 35-38.
4. Нишанов Ф.Н., Таджибаев Ш.А., Рахманов Б.Ж. с соавт. Способ лапароскопической холецистэктомии// Расмий ахборотнома (Патент № 05022 ПВ РУз). – 2011. -№1(39). – С. 48-49.

ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИ МАҚБУЛ ТАКТИК ЖАРРОХЛИК ДАВОСИНИ ТАНЛАШ

О.Р. ТЕШАЕВ, Э.Н. ЖАББОРОВ,
А.А. ХОЛДОРОВ, З.О. АБДУЛЛАЕВ

Тошкент тиббиёт Академияси,
Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

Резюме. 2013-2014 йилда Тошкент шахри 1 сон шахар клиник шифохонасида ўткир холецистит билан 19 ёшдан 88 ёшгача бўлган 121 бемор ётқизилган ва даволаш ишлари утказилган. Касаллик давомийлиги 5 соатдан 5 суткагача ва ундан кўпроқ оралиқда. Фақат 13 нафар (10,7 %) бемор касаллик бошланишидан 6 соатдан сўнг шифохонага ётқизилган. 53 нафар (43,8%) беморда касаллик давомийлиги 6 соатдан 24 соатгача, 55 нафар (45,5%) бемор касаллик бошлангандан 24 соат ўтиб шифохонага мурожат этиб келган. 9 нафар (7,4%) беморда ўткир холецистит механик сариқлик билан асоратланган бўлиб уларни кичик инвазив инструментал усуллар қўллаш йули билан (ЧКЧПХС 2 (22,2%), ЭРПХГ+СПТ 7(77,8%)) бартараф қилинган. 121 нафар бемордан 18 нафар беморда операция ўтказилмаган.

Татқиқод натижаси ва мухокамаси: Асосий жаррохлик амалиёти бу холецистэктомия. Лапароскопик жаррохлик амалиёти ўтказишда 3 (2,4%) холатда яққол инфильтратив яллиғланиш ўзгаришлар ҳисобига ўнг қовурға ёйи остидан қийшиқ мушакларарo кесим билан холецистэктомия амалиёти бажарилган. Шулардан 2 (1,6%) холатда кичик кесимдан анъанавий (традицион) холецистэктомия амалиётига утилган.

Хулоса: - Ўткир катарал ва флегмоноз холецистит ўт копи атрофи яллигланиш жараёнларсиз булганда Лапароскопик холецистэктомия эффектив хисобланади.

- Ут копи атрофи яллигланиш жараёни билан кечган флегмоноз ва гангреноз холециститларда кичик кесим яъни унг ковурга ёйи ости кийшик мушакларарo кесим кулайрок,бу холатда техник кийинчилик тугилганда кесмани кенгайтириш мумкин.

- Ўткир холециститни очик усулда макбул давоси булиб унг ковурга ёйи ости кийшик мушакларарo кесим хисобланади.

Калит сўзлар: ўткир холецистит, лапаротомия, лапароскопия,катарал, флегмоноз, механик сариқлик.