

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Давлатов С.С.¹, Жураева Ф.Ф.², Юсупалиева К.Б.³

¹Давлатов Салим Сулаймонович – старший преподаватель;

²Жураева Фариза Фармоновна – студент;

кафедра хирургических болезней,

Самаркандский государственный медицинский институт,

г. Самарканд;

³Юсупалиева Комола Баходир кизи – студент,

факультет терапевтической стоматологии,

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент,

Республика Узбекистан

Актуальность. Диагностика, лечение и реабилитация больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) остаются одной из актуальных проблем хирургии. Среди различных заболеваний желчевыводящей системы желчнокаменная болезнь занимает 50-65% [1]. По данным большинства исследователей, ЖКБ страдают практически каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. Неутешительные результаты консервативного лечения ЖКБ определили рост оперативной активности. Хирургический метод лечения, являясь патогенетически обоснованным, сохраняет свои лидирующие позиции. Операция удаления желчного пузыря - холецистэктомия - в настоящее время рассматривается как операция выбора при воспалительных и других заболеваниях желчного пузыря [3]. В настоящее время наряду с традиционной холецистэктомией получили признание, так называемые малоинвазивные технологии, к которым относятся лапароскопические вмешательства и операции из минилапаротомного доступа. Основным достоинством последних, по мнению многих исследователей, является малая степень травматизации тканей. Течение послеоперационного периода во многом связано не столько с объемом хирургического воздействия непосредственно в брюшной полости, сколько с локализацией и размерами операционной раны [2]. Учитывая рост числа больных и появление новых малотравматичных методов хирургического вмешательства, показания к оперативному лечению пациентов значительно расширяются, что естественно приводит к увеличению количества операций. Среди больных общехирургических отделений острый холецистит - самая частая патология, идущая на уровне острого аппендицита и даже превышающая его (обнаруживается у 20-25% всего контингента больных) [3]. Применяемые инструменты позволили значительно расширить операционное поле. Появились работы, доказывающие эффективность данной методики при операциях на желчных путях.

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ у 4037 пациентов оперированных в клинике СамМИ за период 2006-2016 годов. Конверсия минидоступа в традиционное пособие потребовалась в 84 (2,08%). Таким образом, 3953 операции при остром холецистите завершены холецистэктомией из мини-доступа. В нашем исследовании среднее время операции при остром калькулезном холецистите составило $56,41 \pm 7,3$ минуты в случае выполнения холецистэктомии из традиционного широкого доступа. Продолжительность холецистэктомии из минидоступа при остром калькулезном холецистите в среднем составила $61,21 \pm 9,7$ минуты. Сложности, возникшие в процессе операции и потребовавшие конверсии доступа, были связаны с инфильтративно-спаечными изменениями в подпеченочном пространстве у 47 пациентов (1,16%), с синдромом Мириizzi 19 (0,47%) и склероатрофическими изменениями желчного пузыря и его интрапеченочным расположением у 18 пациентов (0,44%).

Результаты. Интраоперационные осложнения, приведшие к расширению доступа, имели место в 7 наблюдениях (0,17%) при остром холецистите. Во всех 7 наблюдениях во время операции по поводу острого калькулезного холецистита отмечено кровотечение из пузырной артерии. Осложнения в послеоперационном периоде в группе завершенных по методике МЛХЭ вмешательств развились у 40 наблюдений (0,99%) в группе пациентов с острым холециститом. Общесоматические осложнения отмечены у 12 пациентов (0,29 %). Структура общесоматических осложнений выглядит следующим образом: - пневмония - 5 (0,12%); - пароксизм мерцательной аритмии - 3 (0,07%); - тромбоэмболия ветвей легочной артерии - 2 (0,05%); - острый тромбофлебит вен нижних конечностей 2 (0,05%). Послеоперационные осложнения, связанные с зоной операции, представлены 28 наблюдениями (0,69%). Структура осложнений, связанных с зоной операции, представлена следующим образом: - несостоятельность культи пузырного протока - 7; - внутрибрюшное кровотечение (из ложа желчного пузыря) - 6; - абсцесс подпеченочного пространства - 3; - гематома подпеченочного пространства - 4; - ятрогенное повреждение холедоха - 3; - гематома послеоперационной раны - 3; - абсцесс сальниковой сумки - 2. В 18 наблюдениях была выполнена релапаротомия: у 7 пациентов с повторным лигированием культи пузырного протока, у 6 пациентов с остановкой внутрибрюшного кровотечения прошиванием ложа пузыря, у 2 пациента вскрытие и дренирование гематомы подпеченочного пространства и у 3

пациента с формированием холедохоэнтероанас-томоза в связи с ятрогенным повреждением холедоха. Для лечения подпеченочных гематом и абсцессов прибегли к дренированию гнойных очагов под контролем УЗ с выраженным положительным эффектом - у 5 пациентов. Так в 3 наблюдениях под контролем УЗ был дренирован абсцесс подпеченочного пространства, в 2 наблюдениях дренирование под контролем УЗ было выполнено в связи с гематомой подпеченочного пространства, в 2 наблюдениях был дренирован абсцесс сальниковой сумки. Исходя из вышеуказанных данных, наименьшая частота интра- и послеоперационных осложнений при остром калькулезном холецистите отмечается в группе пациентов с применением МЛХЭ и составляет 1,87% от числа операций, выполненных с применением этой методики. Частота осложнений при выполнении операции из лапароскопического доступа при остром холецистите в нашем исследовании составила 2,79%. Таким образом, результаты лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из минидоступа сопоставимы и существенно лучше, чем при ТХЭ. Наибольшее число осложнений выявлено в группе больных, перенесших операцию и традиционного широкого доступа. Частота осложнений у пациентов с острым холециститом в этой группе составила 9,43%. На течение раннего послеоперационного периода большое влияние оказывает характер заболевания и вид хирургического вмешательства. Малоинвазивные вмешательства при ЖКБ выполняются с минимальной травмой для больного. Течение раннего послеоперационного периода после мини-инвазивных операций (МЛХЭ) в большинстве случаев было гладким. Отсутствие больших ран на передней брюшной стенке позволяло провести раннюю активизацию при минимальных усилиях со стороны больного. Больные были активны с первых суток после операции. У пациентов, которым была выполнена холецистэктомия из мини-доступа, средний койко-день составил $4,4 \pm 0,3$ дня. Несколько иная картина наблюдается после традиционной холецистэктомии. Пациенты позже начинают подниматься с постели. Кроме того, активизация в этом случае в значительной степени зависит от возраста больного и сопутствующих заболеваний. Чем старше больной, чем больше избыточная масса тела, тем дольше он не может подняться и начать двигаться. Создаются благоприятные условия для проявления сопутствующих заболеваний, связанных с гиподинамией, таких как хронический бронхит, ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь (ГБ). Увеличивается вероятность присоединения инфекции. Нарушаются физиологические функции организма, появляются запоры. Период реабилитации затягивается. В нашем исследовании средний послеоперационный койко-день у пациентов после ТХЭ составил $9,12 \pm 0,7$ дня.

Выводы. Проведенное исследование непосредственных и отдаленных результатов холецистэктомии в зависимости от способа операции показало, что: - переход от методики традиционной холецистэктомии к малоинвазивным технологиям, особенно операции из минидоступа, позволил существенно снизить частоту осложнений; - течение раннего послеоперационного периода при выполнении операции с применением малоинвазивных методик характеризуется малой выраженностью болевого синдрома, позволяет отказаться от применения наркотических анальгетиков и активизировать больного с первых послеоперационных суток; - применение мини-инвазивных методик позволило существенно снизить продолжительность послеоперационного койко-дня; - качество жизни пациентов после холецистэктомии с применением малоинвазивных методик выше, чем у пациентов, перенесших операцию из традиционного доступа.

Список литературы

1. Столин А.В. Тактика лечения гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета, 2008. № 4 (28).
2. Совцов С.А., Прилепина Е.В. Холецистит у больных высокого риска // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2013. № 12. С. 18-23.
3. Сотниченко Б.А., Макаров В.И. Эндовидеохирургическое лечение больных осложненными формами острого холецистита // Анналы хирургической гепатологии, 2007. Т. 12. № 2. С. 75-78.