

УДК: 616.366-003.7-089

## ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Карабаев Худойберди Карабаевич, Мизамов Фуркат Очилович, Шоназаров Искандар Шоназарович  
1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;  
2 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## ЎТКИР КАЛЬКУЛЕЗ ХОЛЕЦИСТИТНИ ДАВОЛАШДА ЛАПАРОСКОПИК ТЕХНОЛОГИЯНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Карабаев Худойберди Карабаевич, Мизамов Фуркат Очилович, Шоназаров Искандар Шоназарович  
1 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш. ;  
2 – Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

## APPLICATION OF LAPAROSCOPIC TECHNOLOGY IN THE TREATMENT OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS

Karabaev Khudoiberdi Karabaevich, Mizamov Furkat Ochilovich, Shonazarov Iskandar Shonazarovich  
1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;  
2 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Ўт тош касаллигини даволашда лапароскопик холецистэктомия, бугунки кунда «олтин стандарт» ҳисобланади. Ҳозирги вақтда катта ёшдаги дунё аҳолисининг тахминан 10% да ўт халтада тош ва бу аксарият ҳолларда 40 ёшдан юқори бўлган аёлларда учрайди, бунда калькулёз холециститнинг асоратланган формаларининг сони стабил ҳолда юқориликка эришмоқда. Бу ҳолат шубҳасиздир, аммо видеоэндоскопик усуллардан фойдаланиш, хавфсизлик ва ундан фойдаланиш чегаралари ҳали ҳам баҳсли бўлган беморлар гуруҳлари мавжуд. Буларга, хусусан, холециститнинг ўткир ва мураккаб шакллари бўлган беморлар кирди. Айнан шу беморларда лапароскопик хирургик амалиётини ўтказиш имконияти ҳозиргача муҳокама қилиниб келинмоқда.

**Калит сўзлар:** лапароскопик холецистэктомия, калькулёз холецистит, калькулёз холециститнинг асоратлари формалари.

**Abstract:** Laparoscopic cholecystectomy, today, is the "gold standard" in the treatment of gallstone disease. Currently, stones in the gallbladder are detected in approximately 10% of the adult population of the world and most often in women over the age of 40, while the number of complicated forms of calculous cholecystitis remains consistently high. This circumstance is not in doubt, however, there are groups of patients in whom the use of videoendoscopic techniques, the safety and limits of its use are still controversial. These include, in particular, patients with acute and complicated forms of cholecystitis. It is the possibility of performing laparoscopic surgery in these patients that is currently the subject of discussion.

**Key words:** laparoscopic cholecystectomy, calculous cholecystitis, complicated forms of calculous cholecystitis.

**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 калькулёзными 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 предопера-

ционную 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 инсuffляционная 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 видеондоскопического 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. Абдуллаев У.У. Пути улучшения результатов хирургического лечения острого калькулёзного холецистита. Автореферат дисс. ... к.м.н. –Ташкент, 2014. -23 с.
2. Абдулжалилов М.К., Абдулжалилов А.М., Иманалиев М.Р., Гусейнов А.К. Субоперационные технические сложности при лапароскопической холецистэктомии у пациентов с острым калькулезным холециститом (анализ серии из 677 случаев) // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. -2018. -№ 1 (26). -С. 40-45.
3. Абрамова А.Г. Значимость малоинвазивных методов в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни. Автореферат дисс. ... к.м.н. –Тверь, 2017, 24 с.
4. Арзиев И.А., Курбаниязов З.Б., Баратов М.Б., Сайинаев Ф.К. Оптимизация хирургической тактики при ранних билиарных осложнениях после холецистэктомии // Проблемы Науки. -2022. -№2 (171). –С.37-42
5. Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С., Попович В.К., Чиников М.А., Сушко А.Н., Пантелеева И.С. Малоинвазивное хирургическое лечение острого и осложненного калькулезного холецистита // Московский хирургический журнал. 2014. № 2 (36). С. 35-38.
6. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г. Патогенез и лечение острого гнойного холангита // Анналы хирургической гепатологии, 2012. Т. 4. С. 13.
7. Давлатов С.С. и др. Эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Academy, 2017. № 7. С. 92-94.
8. Доронин М.Б. Сравнительная оценка малоинвазивных способов хирургического лечения калькулезного холецистита. Автореферат дисс. ... к.м.н. -Волгоград, 2014, 25 с.
9. Мелконян Г.Г. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни и ее осложнений. Автореферат дисс. ... д.м.н. -Москва, 2015, 45 с.

10. Норов А.Х. Оптимизация методов хирургического лечения острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста. Автореферат дисс. ... к.м.н. -Душанбе, 2012. -25 с.
11. Солиев А.М. Возможности миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении острого холецистита. Автореферат дисс. ... к.м.н. -Самарканд, 2014, 24 с.
12. Левин Л.А., Акимов В.П. Глава 16. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. В книге: Руководство по эндовидеохирургии. -Санкт-Петербург, 2016. С. 214-229.
13. Подолужный В.И., Заруцкая Н.В., Радионов И.А. Осложнения желчнокаменной болезни. Монография. – Кемерово:Полиграф, 2016.
14. Руководство по хирургии желчных путей. Под ред. Э. И. Гальперина, П. С. Ветшева. 2 изд. доп. -М.: ВИДАР, 2009. - 568 с
15. Красильников Д.М., Миргасимова Д.М., Абдульянов А.В., Шигабутдинов Р.Р., Захарова А.В. Осложнения при лапароскопической холецистэктомии // Практическая медицина. -2016. -№ 4-1 (96). -С. 110-113.
16. Куликовский В.Ф., Карпачев А.А., Ярош А.Л., Солошенко А.В. Малоинвазивные методы лечения осложненной желчнокаменной болезни // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 2. –С.71-75
17. Курбаниязов З.Б., Арзиёв И.А., Баратов М.Б., Сайинаев Ф.К. Оптимизация хирургической тактики при послеоперационном желчеистечении и желчном перитоните после холецистэктомии // Проблемы Науки. -2022. -№2 (171). –С.125-131
18. Курбонов Д.М., Ашуров А.С., Расулов Н.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром калькулёзном холецистите // Здравоохранение Таджикистана. -2014. -№ 3 (322). -С. 27-31.
19. Abbosoglu O., Tekant Y., Aydin A., et al. Prevention and acute management of biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy: Expert consensus statement // Ulus. Cerrahi Derq. - 2016. - Vol. 32, № 4. -P. 300-305.
20. Aliev luG, Kurbanov FS, Chinnikov MA, Popovich VK, Panteleeva IS, Sushko AN, Dobrovol'skiĭ SR. Minilaparotomy cholecystectomy in patients with acute calculous cholecystitis. Khirurgiia (Mosk). 2014;(1):30-3.
21. Arziyev I.A., Kurbaniyazov Z.B., Baratov M.B. Biliary Peritonitis in Cholelithiasis: Observational Study // American Journal of Medicine and Medical Sciences.2022; 12(7): 739-742
22. Bagla P, Sarria JC, Riall TS. Management of acute cholecystitis. Curr Opin Infect Dis. 2016 Oct;29(5):508-13.
23. Bhatt MN, Ghio M, Sadri L, Sarkar S, Kasotakis G, Narsule C, Sarkar B. Percutaneous Cholecystostomy in Acute Cholecystitis-Predictors of Recurrence and Interval Cholecystectomy. J Surg Res. 2018 Dec;232:539-546
24. Canena J., Horta D., Coimbra J., et al. Outcomes of endoscopic management of primary and refractory post-cholecystectomy biliary leaks in a multicentre review of 178 patients // BMC Gastroenterology. - 2015. - Vol. 15. -P. 105-114.

#### **ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

*Карабаев Х.К., Мизамов Ф.О., Шоназаров И.Ш.*

**Резюме.** 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 видеэндоскопической 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, калькулёзный холецистит, осложненные формы калькулёзного холецистита.