

МЕСТО МОДИФИЦИРОВАННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Ботиров Акрамжон Кодиралиевич

Заведующий кафедрой хирургических болезней Андижанского
государственного медицинского института., д.м.н, профессор.

Отакузиев Ахмадилло Зокирович

PhD, доцент кафедры хирургических болезней Андижанского
государственного медицинского института.

ORCID: 0000-0001-7317-6208

Солижонов Зиёдилло Бахтиёр угли

PhD, кафедры хирургических болезней Андижанского государственного
медицинского института.

АННОТАЦИЯ

Авторами проанализированы результаты хирургического лечения 1929 пациентов с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ). Пациенты были разделены на две группы: группу сравнения (776 пациентов, 2016–2018 гг.) и основную группу (1153 пациента, 2019–2021 гг.). Группа сравнения включала 75 пациентов с традиционной холецистэктомией (ТХЭ), 536 с лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) и 165 с холецистэктомией из мини-доступа. Основная группа состояла из 76 пациентов с ТХЭ, 715 с ЛХЭ, 362 с модифицированным минимально инвазивным доступом. Авторы резюмируют, что модифицированный способ холецистэктомии из мини-доступа является надежной альтернативой лапароскопической холецистэктомии, особенно при наличии противопоказаний.

Ключевые слова. желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, мини-доступ.

PLACE OF MODIFIED CHOLECYSTECTOMY IN SURGERY OF CHRONIC CALCULUS CHOLECYSTITIS

Botirov Akramjon Kodiralievich

Head of the Department of Surgical Diseases of the Andijan State Medical
Institute., MD, Professor.

Otakuziev Akhmadillo Zokirovich

PhD, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases of the
Andijan State Medical Institute.

ORSID: 0000-0001-7317-6208

Solijonov Ziyodillo Bakhtiyor ugli

PhD, Department of Surgical Diseases of the Andijan State Medical
Institute.

ANNOTATION

The authors analyzed the results of surgical treatment of 1929 patients with chronic calculous cholecystitis (CCC). The patients were divided into two groups: a comparison group (776 patients, 2016–2018) and a main group (1153 patients, 2019–2021). The comparison group included 75 patients with traditional cholecystectomy (TCE), 536 with laparoscopic cholecystectomy (LCE), and 165 with cholecystectomy through a mini-access. The main group consisted of 76 patients with TCE, 715 with LCE, 362 with a modified minimally invasive access. The authors summarize that the modified method of cholecystectomy through a mini-access is a reliable alternative to laparoscopic cholecystectomy, especially in the presence of contraindications.

Keywords. cholelithiasis, cholecystectomy, mini-access.

АННОТАЦИЯ

Муаллифлар сурункали тошли холецистит (СТХ) билан касалланган 1929 беморни жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилдилар. Беморлар шартли икки гуруҳга бўлинган: таққослаш гуруҳи (776 бемор, 2016–2018й.) ва асосий гуруҳ (1153 бемор, 2019–2021й.). Таққослаш гуруҳига анъанавий холецистэктомия (АХЭ) билан ташрих қилинган 75 нафар бемор, лапароскопик холетсистэктомия (ЛХЭ) билан 536 нафар бемор ва кичик кесмали холецистэктомия ташрихини бошдан кечирган 165 нафар бемор киритилган. Асосий гуруҳда АХЭ билан 76 нафар, ЛХЭ билан 715 нафар, такомиллаштирилган кичик кесмали холецистэктомия билан 362 бемордан иборат эди. Муаллифларнинг хулосасига кўра, Такомиллаштирилган кичик кесмали холецистэктомия усули, айниқса ташрихга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, лапароскопик холетсистэктомияга ишончли альтернатив ҳисобланади.

Калит сўзлар. Ўт тош касаллиги, холецистэктомия, кичик кесмали усул.

Актуальность. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ), занимая третье место в общей структуре заболеваний после сердечно сосудистых заболеваний и сахарного диабета, по сей день является одной из важной медицинской и социальной проблемой, которая оказывает существенное влияние на жизнедеятельность населения и нередко, омрачается развитием жизнеугрожающих осложнений, а также ростом частоты оперативных вмешательств [3;10;11;12].

Используются различные методы, такие традиционная лапаротомия, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), минилапаротомные операции. Однако до сих пор нет единого стандарта лечения данной категории больных и по итогу выбор одного метода над другим, основывается на предпочтениях хирурга и традициях клиники [1;5;7;8;9;11]. В связи с этим, проблема диагностики и хирургического лечения ХКХ имеет не только медицинское, но и важное социально-экономическое значение, а клинические исследования, касающиеся оптимизации и совершенствования методов холецистэктомии (ХЭ) являются одними из наиболее актуальных в современной хирургии [2;4;6].

Цель исследования. улучшение результатов хирургического лечения хронического калькулезного холецистита, путем усовершенствования холецистэктомии из минидоступа.

Материалы и методы. Исследование охватывает 1929 пациентов с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ), которые были планово прооперированы в 3-м хирургическом отделении клиники АндГосМИ с 2016 по 2021 годы. В соответствии с поставленными задачами, пациенты были разделены на две группы: группа сравнения (776 пациентов, 40,3%): включало 776 пациентов, прооперированных в период с 2016 по 2018 годы. Эти данные были использованы для ретроспективного анализа, что позволило выявить основные тенденции и подходы в лечении ХКХ до внедрения новых методик.

Основная группа (1153 пациента, 59,7%): охватывало 1153 пациентов, прооперированных в период с 2019 по 2021 годы. В этой группе были применены усовершенствованные хирургические методики, включая новые технические приемы и оптимизированную хирургическую тактику. Это позволило оценить эффективность и безопасность внедренных инноваций, а также сравнить результаты с группой сравнения.

В группе сравнения, включающей 776 пациентов, традиционная холецистэктомия (ТХЭ) была выполнена у 75 (9,6%) больных, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) - у 536 (69,1%), а ХЭ из мини-доступа - у 165 (21,3%).

В основной группе, состоящей из 1153 пациентов, ТХЭ была проведена у 76 (6,6%) больных, ЛХЭ — у 715 (62,0%), а ХЭ из мини-доступа - у 165 (21,3%)., включая 362 пациента (31,4%) с использованием модифицированного минимально инвазивного доступа.

В обеих группах преобладали пациенты молодого возраста (18–44 лет), составляя 379 (48,8%) и 535 (46,4%) соответственно. В группе сравнения пациенты среднего возраста (45–59 лет) составили 211 (27,2%), а в основной группе - 356 (30,9%). Пациенты старше 60 лет составили 128 (16,5%) в группе сравнения и 182 (15,8%) в основной группе. Возрастная группа 75 лет и старше включала 58 (7,5%) и 80 (6,9%) пациентов соответственно.

Такие «возрастные» особенности усугубляют сложность хирургического лечения больных с ЖКБ, вследствие выраженной полиморбидности этой возрастной группы. Также установлено, что чаще болеют лица женского пола (в группе сравнения - 81,6%; в основной - 82,5%, с соотношением 4:1).

Процесс обследования состоял из общепринятых и специальных методов лучевой диагностики: ультразвуковое сканирование гепатобилиарной зоны (УЗИ) и рентгенологические исследования (по показаниям: пероральная холецистография; внутривенная холангиохолецистография; эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография), а также фиброэзофагогастродуоденоскопии и МРТ.

Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения в группе сравнения показал, что допущены ряд тактических и технических упущений. В частности, это:

- 1) частое применение право подрёберного доступа, сопровождающегося пересечением правой прямой мышцы живота, нередко являлось причиной развития послеоперационной грыжи;
- 2) не учитывались характер изменений в ЖП, локализация и диаметр конкрементов;
- 3) при лигировании и мобилизации культи ЖП применяли капроновую нить, что явилось причиной развития желчного (перитонита) свища в послеоперационном периоде;
- 4) стремление к малотравматичному доступу при ЛХЭ являлось

нередкой причиной конверсии;

5) при наличии сморщенного ЖП применена ЛХЭ, что явилось причиной развития кровотечения из ложа печени.

6) ХЭ из мини-доступа применялась в начальном без предварительной оценки телосложения больного.

7) при наложении швов на кожу применялись многоразовые иглы, что явилось причиной развития гнойно-септических осложнений.

8) применение множества дооперационных диагностических комплексов, далеко не всегда давали принципиально новую информацию. Вместе с тем, значительно увеличивают продолжительность дооперационного обследования, утомляют больных и иногда являются мотивом отказа пациентов от настоятельно необходимого хирургического лечения, что ведет к конфликту между диентологическим аспектом проблемы диагностики и практической целесообразностью использования многочисленных методов.

Ретроспективный анализ упущений в группе сравнения, позволил нам модифицировать способ ХЭ из мини-доступа, что в целом позволило оптимизировать хирургическую тактику.

Задачей изобретения являлось повышение эффективности ХЭ из мини-доступа у пациентов различного телосложения при уменьшении травматичности, достижения косметичности рубца и сокращение времени операции. Техническим результатом является универсальность разреза для различного телосложения и расположения ЖП (рис. 1. а, б; 2. а, б).



Рисунок 1. Этапы модифицированной холецистэктомии. а) разрез кожи с подкожно-жировой клетчаткой; б) вскрытие брюшины.

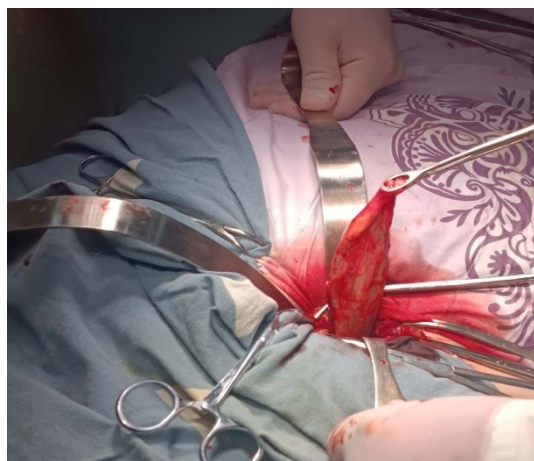
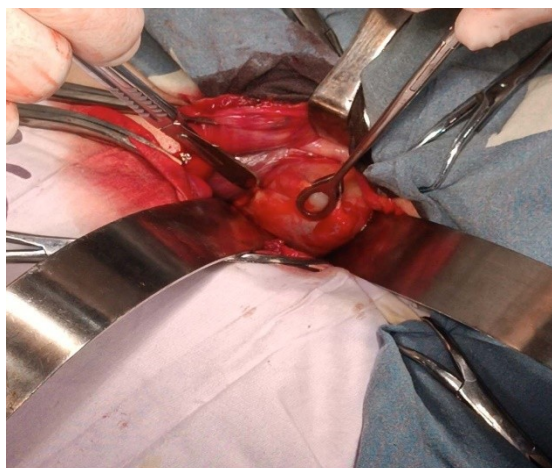


Рисунок 2. Этапы модифицированной холецистэктомии. а) Захват дна ЖП после введения салфеток Купера; б) Вид ЖП после мобилизации, перед лигированием его шейки.

Длительность операции при хроническом холецистите от 18 до 25 минут. Предлагаемый способ не известен и соответствует критериям «новизна» и «изобретательский уровень». Способ может быть использован при оперативных вмешательствах на ЖП, проводимых с использованием предложенных ретракторов, следовательно, «промышленно применим».

Таким образом, обеспечивается универсальность разреза для различного телосложения и расположения ЖП, а также уменьшении травматичности, косметичность рубца и снижение развитие гнойно-септических осложнений. Кроме того, в способе впервые используются хирургические инструменты (ретракторы шириной 2 см, длиной 25 см), что значительно выгоднее в плане финансовых затрат по сравнению с лапароскопическими и традиционными методами операции, снижается травматичность операции за счет сохранения целостности нервных окончаний, правой прямой и косых мышцы живота, небольшой, и косопоперечный разрез (до 4 см) и пластические швы дают лучший косметический эффект, а также снижают продолжительность операции.

Результаты и обсуждения. Для оценки ближайших результатов, исследуемые больные в зависимости от характера осложнений разделены на 3 подгруппы. 1. Осложнения, непосредственно связанные с методом операции (ятрогенные повреждения и послеоперационные осложнения, характерные для вмешательства на ЖП и общем ЖПр). 2. Гнойно-септические (раневые) осложнения. 3. Послеоперационные осложнения общего характера (возникающие при всех видах оперативных вмешательствах).

В процессе исследования, в основной группе частота ятрогенных повреждений по отношению к группе сравнения уменьшилось на 12,1% (14,4% до 2,3%), послеоперационные осложнения связанные с оперативным вмешательством - на 5,7% (с 6,3% до 0,6%) и раневые (гнойно-септические) – на 3,65% (с 4,0 до 0,35%), что также позволило увеличить долю больных с отсутствием послеоперационных осложнений - с 89,7% до 99,0%, снизить частоту летальности с 1,3 до 0,2% и конверсий после ЛХЭ с 7,5 до 0,5%, а также устранить число реопераций с 2,0 до 0,1% ($p=0,005$).

Таким образом, проведенным научно-практическим исследованием определена роль и место модифицированной ХЭ из мини доступа (в наших исследованиях ХЭ из мини-доступа выполнена - в группе сравнения у 21,3% и в основной – у 31,4%), отличающаяся высокой клинической эффективностью, особенно у больных при наличии противопоказаний к ЛХЭ, являясь при этом, не конкурирующими, а взаимно дополняющими способами хирургического лечения ХКХ.

Выводы. При выполнении холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита, высокая частота послеоперационных осложнений и летальность часто связаны с тактическими и техническими ошибками. В группе сравнения послеоперационные осложнения, связанные непосредственно с оперативным вмешательством, наблюдались в 6,3% случаев, летальность составила 1,3%, конверсии после лапароскопических холецистэктомий – 7,5%, а реоперации потребовались в 2,0% случаев.

Однако модифицированный способ холецистэктомии из мини-доступа обладает рядом преимуществ, которые делают его более предпочтительным в некоторых клинических ситуациях. Этот метод отличается технической простотой и доступностью, что позволяет минимизировать риск осложнений. Кроме того, универсальность доступа при различном телосложении и расположении желчного пузыря делает его эффективным для пациентов с противопоказаниями к лапароскопической холецистэктомии.

Таким образом, модифицированный способ холецистэктомии из мини-доступа является надежной альтернативой лапароскопической холецистэктомии, особенно при наличии противопоказаний. Его применение может значительно снизить частоту послеоперационных осложнений и летальность, обеспечивая при этом высокий уровень безопасности и эффективности хирургического вмешательства.

Список литературы

1. Абрамова А.Г., Хорев А.Н., Плюта А.В. и др. Выбор оперативных вмешательств при лечении пациентов с крупным множественным

холедохолитиазом //Современные проблемы науки и образования –2016 – №5; URL: <https://science-education.ru/ru/article/viewid=25292> (07.10.2022).

2. Акбаров М., Сатимбаев, М. Современный взгляд на лечение острого калькулёзного холецистита. Евразийский журнал медицинских и естественных наук. -2023. 3(4), 48–54.

3. Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика //Архив внутренней медицины. -2016. –т.6, №3 (29). -с.30-35.

4. Грязев В.И., Чучуевский В.М., Сивоконь Н.И., Агапов М.А. Особенности лапароскопической холецистэктомии у пациентов с хроническим калькулёзным холециститом с признаками «отключенного» желчного пузыря //Анналы хир. гепатологии. -2018. Том 23, № 213, С. 93-99.

5. Добровольский С.Р., Богопольский П.М., Нагай И.В. и др. Преимущества и недостатки различных способов холецистэктомии //Хирургия. Журнал им. Пирогова. -2004. -№7. -С. 40-46.

6. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Баранская Е.Т. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -2016; 26 (3): 54-80.

7. Костырной А.В., Керимов Э.Я., Косенко А.В. и др. Лапароскопическая холецистэктомия - отдаленные результаты //Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6.

8. Максимова К.А. Малоинвазивные технологии в лечении больных калькулёзным холециститом //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. -2017. -№ 6-2. -С.238-240; URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=11658> (07.10.2022).

9. Прудков М.И. Операции из малых разрезов с применением эндохирургических инструментов и техника оперирования //Новый хирургич. арх. 2002. - Т.1, №4. - С. 82-84.

10. Brunt L.M., Deziel D.J., Telem D.A. et al. Safe Cholecystectomy Multi-society Practice Guideline and State of the Art Consensus Conference on Prevention of Bile Duct Injury During Cholecystectomy //Annals of Surgery. – 2020. – Vol. 272. -№ 1. - P. 3.

11. Coccolini F., Catene F., Pisane M., et al. Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute Cholecystitis. Systematic Review and metaanalysis //Int. J. Surg. -2015; 18: 196. 204C.

12. Zhou D.K., Huang Y., Kong Y. Et al. Complete laparoscopic cholecystectomy for a duplicated gallbladder: A case report //Medicine (Baltimore). 2020. Vol. 99, № 1. P. e18363.