

Date: 21st May-2025

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ,
ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В
ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Шомуродов Хабибулло Абдумалик угли

Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд,
Узбекистан.

Для лечения желчного перитонита обычно применяется лапаротомия или релапаротомия, что само по себе является весьма травматичным вмешательством, при котором послеоперационная летальность достигает 9,1-22,5%. Исход хирургического вмешательства во многом зависит от выбора и последовательности применяемых методов хирургической коррекции.

Дальнейшие перспективы улучшения результатов хирургического лечения больных желчным перитонитом в настоящее время связаны с применением экономичных малоинвазивных хирургических вмешательств - пункционного дренирования и эндоскопических операций, выполняемых до развития системной воспалительной реакции организма и абдоминального сепсиса.

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения больных с желчным перитонитом как осложнением острого холецистита с применением малоинвазивных методов хирургической коррекции.

Материалы и методы. Представлены результаты лечения 82 больных с желчным перитонитом, осложнившим острый холецистит, что составило 7,1% от всех оперированных 5849 больных с холелитиазом.

Среди больных перитонитом было 24 (29,7%) мужчин и 58 (70,3%) женщин, соотношение полов составило 1:2,5. У всех оперированных больных желчнокаменной болезнью это соотношение составило 1:6, что подтверждает литературные данные о сложном течении холелитиаза у мужчин. Пациенты в возрасте 60-74 лет составили 35,2%, а 45-59 лет - 28,2%. 8,3% пациентов были старше 75 лет, средний возраст пациентов составил $55,2 \pm 1,3$ года. Сопутствующие заболевания выявлены у 62,6% больных. Холангит как осложнение основного патологического процесса выявлен у 51,1%. Хроническая сопутствующая патология двух систем отмечалась у 41% больных, трех и более систем - у 26%.

В исследовании, направленном на решение проблем разработки новой тактики лечения и диагностики желчного перитонита с учетом современных тенденций развития хирургии, больные были разделены на две группы.

I группа (группа сравнения) включала 33 больных с перитонитом как осложнением острого деструктивного холецистита, оперированных в 2015-2025 гг., в комплексном лечении которых применялись стандартные общепринятые подходы. Вторая группа (основная группа) включала 49 пациентов, оперированных в период 2015-2025 гг., у которых алгоритм проведения лечебно-диагностических



Date: 21st May-2025

мероприятий основывался на принципах FTS - программы ускоренного восстановления (ПУВ), а в качестве приоритетных методов хирургического лечения использовались миниинвазивные хирургические вмешательства.

Результаты и их обсуждение.

У 11 больных группы сравнения после операций по поводу желчного перитонита, вызванного острым деструктивным холециститом, наблюдались различные гнойно-септические осложнения, что составило 33,3%. При этом у 2 больных (6,1%) биломы вновь формировались в подпеченочной области, которые дренировались путем реканализации контрапертур. У 2 (6,1%) больных наблюдалось длительное истечение желчи от 2 до 4 недель из дренажных трубок, установленных в подпеченочное пространство, у 4 (12,1%) больных из-за продолжающегося перитонита выполнены повторные операции релапаротомии с повторной санацией брюшной полости, у 1 больного вскрыты и дренированы подпеченочные и поддиафрагмальные абсцессы. Также 1 больному была проведена повторная операция по поводу холемического кровотечения в брюшную полость. У 9 (27,3%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

Наиболее тяжелым осложнением билиарного перитонита в исследуемой группе больных был абдоминальный сепсис, который стал причиной смерти 2 больных, летальность составила 6,1%.

В основной группе больных с желчным перитонитом как осложнением острого деструктивного холецистита (49 больных) согласно принципам ФТС применены малоинвазивные вмешательства у 33 (67,3%) больных.

Из них 16 пациентам (32,6%) с применением видеоэндоскопической технологии были выполнены следующие операции: у 9 больных с острым деструктивным холециститом, осложненным местным желчным перитонитом, проведены ЛХЭ и дренирование подпеченочного пространства; у 4 больных с острым деструктивным холециститом, осложненным диффузным желчным перитонитом, выполнены ЛХЭ и дренирование брюшной полости (правого подвздошного канала и полости малого таза); у 3 больных с острым деструктивным холециститом в сочетании с холедохолитиазом проведены ЛХЭ и дренирование подпеченочного пространства, ЭПСТ. ЭПСТ у этих пациентов проводилась в 2 этапа. У 11 (22,4%) больных применялись лапароскопические технологии - микрохолецистостомия и пункция биллом под ультразвуковым контролем.

В основной группе исследования у 8 пациентов послеоперационные осложнения составили 16,3%. При этом у 2 (4,1%) больных биломы подпеченочной области успешно санированы пункцией под контролем ультразвука. У одного пациента наблюдалось холемическое печеночное кровотечение из области трансгепатической пункции желчного пузыря. У 1 больного отмечено наружное желчеистечение, при релапароскопии выявлена несостоятельность культи пузырного протока и проведено повторное клипирование. У 1 пациента после ЭПСТ отмечено кровотечение из двенадцатиперстной кишки, которое было остановлено



Date: 21st May-2025

консервативными мерами. У 1 пациента абсцесс диафрагмы был санирован 3 повторными пункциями под ультразвуковым контролем. У 1 больного с продолжающимся перитонитом выполнена релапаротомия, у 5 больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

При этом в основной группе из 49 оперированных больных умерли 2 пациента, летальность составила 4,1%. Причиной летального исхода явился острый панкреатит как осложнение трансдуоденального эндоскопического вмешательства у 1 пациента и продолжающийся перитонит у 1 пациента.

Заключение

1. Желчный перитонит как осложнение острого деструктивного холецистита наблюдался у 7,1% больных. Наиболее часто отмечалась перфоративная форма перитонита, в 67,1% случаев, у 32,9% больных развивался желчный перитонит в результате перфорации стенки желчного пузыря.

2. Приоритетное использование миниинвазивных хирургических вмешательств (диапневтические и лапароскопические методы) в лечении местного желчного перитонита, развившегося как осложнение острого холецистита, успешно выполнено у 67,3% больных основной группы. В 32,7% случаев диффузного желчно-гнойного перитонита потребовалась холецистэктомия через широкий лапаротомный разрез и санация брюшной полости.

3. Оптимизация тактики хирургического лечения больных желчным перитонитом на основе принципов избирательного применения миниинвазивных хирургических вмешательств позволила улучшить результаты лечения в основной группе: гнойно-септические осложнения составили 16,5%, летальность 4,1%, тогда как в группе сравнения эти показатели составили 33,3% и 6,1% соответственно.

