



## АНАЛИЗИРОВАТЬ ПО РЕТРОСПЕКТИВНОМ МЕТОДОМ И ОЦЕНИТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.

Тешаев Октябрь Рухуллаевич<sup>1</sup>

Исмаилов Музаффар Уктам угли<sup>2</sup>

Аминжанов Абдулхамид Аширали угли<sup>3</sup>

<sup>1-2-3</sup>Ташкентская медицинская академия,

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7353278>

### АННОТАЦИЯ

В работе представлен ретроспективный анализ клинических данных 75 пациента с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, поступивших в отделение экстренной хирургии 1ой городской больницы города Ташкента в период с 2016 по 2018 год. Всем больным проводилась клинические, лабораторные и инструментальные исследования. После заключения исследования и по нарушению функции большого дуоденального сосочка больные разделены на три группы с разными клиническими течениями болезни. В зависимости от какой группа и стадия заболевания больным применялись методы лечения по стандарту. Было выявлено что своевременная диагностика и лечения в первые два суток уменьшает риск возникновения острых осложнений. А также исключает риск возникновения летальности в послеоперационном периоде.

### ABSTRACT

The paper presents a retrospective analysis of clinical data. 75 patients with acute calculous cholecystitis complicated by obstructive jaundice were admitted to the emergency surgery department of the 1st city hospital in Tashkent from 2016 to 2018. Conducted clinical, laboratory and instrumental studies. After two-stage diseases caused by various diseases. Depending on which group and stage of the disease patients use the standard treatment methods. It was revealed that there were acute complications. And also eliminates the risk of mortality in the postoperative period.

### АННОТАЦИЯ

Мазкур ишда 2020 йилдан 2022 йилгача Тошкент шаҳридаги 1 шаҳар шифохонаси шошилинич хирургия бўлимида Уткир тошли холецистит механик сариқлик асорати билан бўлган 75 та беморлар ретроспектив таҳлил қилинган. Хамма беморлагна клиник, лаборатор ва инструментал текширувлар олиб ўтказилган. Текширув натижалари ва катта дуоденал сўрғич функцияси бузилиши ва касалликнинг кечиш даражасига қараб беморлар уч гуруҳга бўлинган. Қайси гуруҳга кирганлигига қараб беморларга стандартлар бўйича даво муолажалари ўтказилган. Аниқланишича, биринчи икки сутка ичида ўз вақтида ўтказилган диагностика ва даволаш ишлари олиб борилганда ўткир асоратлар учраш эҳтимолиги кам кузатиларкан. Бундан ташқари операциядан кейинги даврдаги ўлим холатларини ҳам камайтираркан.

Ключевые слова: острый калькулёзный холецистит, механическая желтуха, лечебная тактика, эндоскопическая диагностика.

Keywords: acute calculous cholecystitis, obstructive jaundice, treatment tactics, endoscopic diagnosis.

Калит сўзлар: ўткир тошли холецистит, механик сариклик, даволаш усуллари, эндоскопик ташхислаш.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — многофакторное и многостадийное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся нарушением обмена холестерина и билирубина с образованием камней в желчном пузыре и желчных протоках.

Желчнокаменная болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний человека, занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. По данным VI Всемирного конгресса гастроэнтерологов, 10% населения земного шара страдает желчнокаменной болезнью. В развитых странах частота заболевания составляет 10–15% и увеличивается в два раза за каждое десятилетие. Наибольшая заболеваемость 71,1% приходится на возраст 40–59 лет. Отмечается «омоложение» желчнокаменной болезни, увеличение заболеваемости в детском возрасте и среди мужского населения. Женщины страдают этим заболеванием в 3–4 раза чаще мужчин. После 70 лет половые различия в заболеваемости исчезают, заболеваемость постепенно увеличивается и достигает 30–40%. С увеличением частоты холелитиаза растет число больных острым холециститом и осложненными формами ЖКБ [1].

Острый калькулезный холецистит (ОКХ) является очень распространенным заболеванием с несколькими областями неопределенности. Всемирное общество экстренной хирургии разработало обширные руководящие принципы для охвата серых областей. Обсуждаются диагностические критерии, антимикробная терапия, оценка сопутствующих камней общего желчного протока, идентификация пациентов с «высоким риском», сроки проведения операции, тип операции и альтернативы операции. Кроме того, предложен алгоритм: после постановки диагноза и после оценки риска холедохолитиаза всем пациентам, кроме пациентов с высоким риском заболеваемости или смертности, должна быть предложена лапароскопическая холецистэктомия. Эти рекомендации должны рассматриваться как вспомогательный инструмент для принятия решения, но они не заменяют клиническое суждение для отдельного пациента.

Желчные камни распространены и присутствуют в виде острого каменного холецистита у 20% пациентов с симптоматическим заболеванием с широкой вариабельностью степени тяжести. В развитых странах от 10 до 15% взрослого населения страдают от камней в желчном пузыре. Согласно третьему национальному исследованию здоровья и питания, в США 6,3 миллиона мужчин и 14,2 миллиона женщин в возрасте от 20 до 74 лет страдали заболеваниями желчного пузыря [2]. В Европе в многоцентровом итальянском исследовании по желчнокаменной болезни (MICOL) было изучено около 33 000 пациентов в возрасте от 30 до 69 лет в 18 когортах из 10 регионов Италии. Общая заболеваемость желчнокаменной болезнью составила 18,8% у женщин и 9,5% у мужчин [3]. Тем не менее, распространенность желчнокаменной болезни значительно варьируется между этническими группами. Желчная колика встречается у 1-4% ежегодно [4]. Острый калькулёзный холецистит встречается у 10–20% нелеченных пациентов. У пациентов, выписанных домой без операции после ОКХ, вероятность связанных с желчнокаменной болезнью событий составляет 14, 19 и 29% через 6 недель, 12 недель и через 1 год, соответственно.

Рецидивирующие симптомы включают желчную колику у 70%, а обструкция желчных путей - у 24% и панкреатит - у 6%. Несмотря на соответствующую частоту ОКХ, остаются значительные противоречия в отношении диагностики и ведения ОКХ[5]. В Токийских руководствах (TG) 2007 и 2013 годов предпринимались попытки установить объективные параметры для диагностики ОКХ [7]. Однако продолжаются споры о диагностической ценности отдельных ультразвуковых (УЗИ) признаков, а также лабораторных исследований. Что касается лечения ОКХ, исторически основные споры были вокруг сроков операции. Потребность в хирургическом вмешательстве по сравнению с консервативным лечением изучена меньше, особенно у пациентов с высоким хирургическим риском. Другие основные разногласия включают в себя: метод и необходимость диагностики потенциальных ассоциированных камней желчного протока, варианты лечения, тип операции, определение и ведение пациентов с высоким хирургическим риском (с уточнением роли холецистостомии) [6].

В условиях обтурации желчных путей, холангита и печеночной недостаточности оперативное лечение является весьма рискованным и сопровождается высокой летальностью, который по данным некоторых авторов, может достигать до 13-83% [1].

Внедрение в клинику малоинвазивных и эндовидеохирургических способов оперативного лечения позволило значительно снизить летальность в послеоперационном периоде, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста.

Таким образом, появление новых технологий требует переоценки некоторых положений тактики в лечении механической желтухи, обусловленной ОКБ, для сохранения функции большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК).

Цель этой работы является анализировать ретроспективным методом больных с острой калькулёзной холециститом, осложненным механической желтухой, поступивших в стационар. Для всех больных изучать эффективности диагностики и лечение; определить, выполняют подходящих хирургических вмешательств для каждого индивидуально, и с этим анализировать и суммировать подходящую лечению для данного патологии.

Задачи исследования: анализировать по ретроспективный статистической методом больных, которые госпитализированы с диагнозом Острый калькулёзный холецистит с механической желтухой, поступивших в отделение экстренной хирургии 1<sup>ой</sup> городской больницы города Ташкента в период с 2020 по 2022 год. Материал и методы исследования: В экстренном хирургическом отделении 1<sup>ой</sup> городской больнице Ташкента на базе кафедры ВОП хирургии ТМА проведен ретроспективный анализ историй заболевания 75 пациента с диагнозом «Острый калькулёзный холецистит с осложнениям механической желтухой». Из всех 75(100%) пациентов 51 (68%) были женщины, 24 (32) больные были мужчины. Средний возраст больных составил 61 года. Максимальная возраст составила 91 года, самая молодая пациентка было 29 лет.

Для решения поставленных задач комплекс диагностических мероприятий, включающий в себя биохимическое исследование (билирубин - общий, прямой, непрямой; щелочная фосфатаза; аланинаминотрансфераза - АЛТ; аспартатаминотрансфераза - АСТ) крови, ультразвуковое исследования (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, эзофагогастродуоденоскопию и эндоскопическую ретроградную

панкреатохоланграфию. 60 пациентам эти диагностики было проведён в первые двое суток как после госпитализации в отделении. И особо надо отметить, что всем больным исключено диагноз механическая желтуха опухолевая генеза.

В лабораторную диагностику как говорилось было сделано общий и биохимический анализ крови, инструментальную диагностику сделано УЗИ (75 больным), МРТ (44 больным). Инструментальной диагностики сделано в следующих аппаратах: УЗИ – SONOACE X6, МРТ – Siemens Magnetom Avanto 1.5T или Philips Achieva 1.5T (модификации аппарата зависел от клиник которые больные сами выбрали). Лечение больных проводилась разные методы операции которые рекомендовано по ВОЗ, и их комбинации [8].

#### Результаты исследования и их обсуждение

По данным анализа и мониторинга пациентов в полученных результатов от клинических, лабораторных и инструментальных исследованиях выявлено нечто сомневающийся, что нарастанию желтухи и билирубина крови не взаимосвязано с тяжестью состояния больным. У 29 больным билирубин крови был высокий, но состояние больных было удовлетворительным. И, наоборот, при явном поражении гепатоцита или прогрессировании гнойно-септических процессов в желчных путях уровень желтухи и билирубина крови был невысоким у 13 больным. Эти показатели информируют нас о том что стадийность развития или этапному нарастаний степени тяжести. Эти все функции связано с нарушением функции большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК). И по этому мы разделили больных с диагнозом острый калькулёзный холецистит с осложнениям механической желтухой, компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную стадию. Компенсированная стадия появляться с весьма незначительным повышением билирубина в крови, транзиторная желтуха, и незначительной расширением желчных путей в диагностике УЗИ. Если концентрация билирубина повышается, и это влияет на АЛТ, АСТ, но без никаких острых клиник как холангит, то эта стадия будет субкомпенсированная стадия. В стадии декомпенсации можно увидеть явная механическая желтуха который сопровождается с клинической картиной холангита. Эти разделение можно наполнять и с другими стадиями, который можно определить стадийности развития или этапному нарастаний степени тяжести больных механической желтухе при остром калькулёзном холецистите. После таких теорий мы разделили пациентов на три группы который почти одинаково сходится с стадиями. И так, 31 больные вошли в первую группу с неструктивными формами острого холецистита и синдромом холестаза как гипербилирубинемия, билиарная гипертензия по данным УЗИ. Наличие вышеуказанные симптоми и признаки говорило о наличии механического препятствия для оттока желчи. Во вторую группу вошли 27 больные, у которых наблюдался кроме те признаки как у первой группе, и еще и повышенный уровень трансаминаз в крови, а также наличие признаков острого панкреатита. И по этому мы рекомендовали этим пациентам МРТ диагностику с холангиографией, что бы исключить другие патологии гепатопанкреатобилиарной зоны. По заключение МРТ было выявлено что желчные протоки и внутрижелчные протоки расширены. Эти данные свидетельствовали о начинающемся поражении гепатоцита. Третью группу составили 17 больные с деструктивными формами острого холецистита и гнойно-

септическими осложнениями (гнойный холангит, желчный перитонит, абсцессы печени).

Исходя из вышесказанных нам удалось определиться с диагностикой и лечением, что вторую и третью группы связи с моментами операции, субкомпенсированными и декомпенсированными нарушениями БСДПК и клинически выявляемой желтухой малоинвазивная декомпрессия желчного пузыря является самой оптимальной для лечения ОКХ с осложнениями механической желтухи и создания условий для выполнения на пилоросохраняющих отсроченных операций. С другой стороны первая группа пока что может удовлетворяться со стандартными лечением, как компенсированных изменений функции БСДПК эффективны консервативные мероприятия.

Изменение или нарушение функции БСДПК, или одним словом холестаза, выявлено много причин, который определено при эндоскопической ретроградной холангиографии. Из частых причин холестаза таким образом являлся холедохолитиаз, доброкачественной стеноз, или иные причины, который спровоцировал нарушении функции БСДПК.

Больные которые входили вторые и третий группе, сделано эндоскопическая папиллосфинктеротомия, которая была произведено по различных видах как канюляция, комбинированный вид, неканюляция. Длину разреза БСД произведено по индивидуальной цели для каждого больного. У 31 больным выполнена литоэкстракция, в том числе у 2 пациента выполнялся литотрипсия. Все перечисленные манипуляции сопровождался без грубых осложнениям как кровотечения, рестеноз и так далее.

Один из самых важных вид лечения было все таки операция – холецистэктомия. Было выполнено 26 традиционных холецистэктомий, 39 лапароскопическая холецистэтомия, и 2 конверсия. В 2016 году Всемирное общество неотложной хирургии (The World Society of Emergency Surgery – WSES) опубликовал практические рекомендации диагностики и лечение Желчекаменной болезни. По этому руководству было написано что при отсутствии патологии в общем желчном протоке и компенсированных нарушениях функции БСДПК показана холецистэктомия. Наше 67 больные и по этому принципу оперировались по этому. С другой стороны, если этот заболевания при компенсированных и субкомпенсированных стадиях, это требует дренирования Общего желчного протока (19 больным) через культю пузырного протока. Наличие холедохолитиаза при субкомпенсированном нарушении функции БСДПК требует проведения по показаниям лаважа холедоха или холедохолитотомии с завершением операции наружным дренированием ОЖП через пузырный проток (8 больным).

Если мы объединим все операции и разделим по времени, мы можем разделить операции на экстренные операции и плановые, а также по этапные операции. По данных литератур было сказано что экстренные операции после устранения механической желтухи показало летальность более 40%. Но в нашей исследования, не смотря какой вид операции произведена, летальность отсутствовала.

Активная лечебная тактика проводилась у 67 больным, который их них деструктивные формы острого калькулёзного холецистита, протекающего с осложнениями как гнойная интоксикация или перитонитом. При катаральном форме

острого калькулёзного холецистита в большинстве, случив можно купировать медикаментозно или только эндоскопическими методами лечения.

После проанализированных данных можно составить схему как алгоритм, что поэтапная комплексная диагностика, рентгеноэндоскопическая диагностика, лечебные эндоскопические вмешательства и один из «золотых» стандартов для абдоминальной хирургии – хирургическая операция является основными тактики лечения острого калькулёзного холецистита в сочетании механической желтухе.

Вывод. Таким образом, если объединим все вышесказанное слова, Для установления причины механической желтухи у больных с острой калькулёзной холециститом, необходимо провести комплексное клиничко-инструментальное обследование. И это не зависит степени функциональных изменений БСДПК. Кроме того, после тщательных диагностических мероприятиях, объём консервативной терапии должен соответствовать клиническим проявлениям механической желтухи и стадии нарушения функции БСДПК. Радикальные операции как холецистэктомия, или сначала паллиативные эндоскопические вмешательства и потом радикальные операции следует проводить с учетом функциональных изменений БСДПК, но при надо учесть для каждому пациенту индивидуально. Ну и так все комплексы диагностических мероприятий, включающий в себя биохимическое исследование (билирубин - общий, прямой, непрямой; щелочная фосфатаза; АЛТ; АСТ) крови, ультразвуковое исследования (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, эзофагогастродуоденоскопия, эндоскопическую ретроградную панкреатохоланграфию, а также эндоскопические диагностики с одновременным лечением (некоторым больным в группе 2 и 3), кроме того операции в желчном пузыре и желчных путей и их комбинации (в зависимости от тяжести и стадии болезни) поможет улучшить качество жизни больного в ближайшем послеоперационном периоде и в отдалённых периодах, и в то время без летальной исходами.

### Список литературы:

1. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. 2-издания, М. Издательский дом. // Видар-М, 2021, 568 ст.
2. Никольский В.И., Климашевич А.В., Герасимов А.В. Анализ осложнений миниинвазивных технологий лечения пациентов с синдромом механической желтухи // Медицинский альманах. – 2022. – № 5. – С. 108–110.
3. Э.И. Гальперин и др. Роль декомпрессии желчных протоков и коррекции дисбиоза кишечника в лечении механической желтухи . // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2020. – № . 12. – С. 46–49.
4. Aripova N., Ruzimurodov N., Allazarov U. Diagnosis and Choice of Tactics for the Operation of the Cholelithiasis with Its Complications // World J Surg (2021) 42:S1–S41, S32.
5. Shaffer EA. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century // Curr Gastroenterol Rep. 2021; 7:132–40.
6. De Mestral C, Rotstein O.D., Laupacis A, Hoch J.S., Zagorski B, Nathens A.B. // A population-based analysis of the clinical course of 10,304 patients with acute cholecystitis, discharged without cholecystectomy. J Trauma Acute Care Surg. 2022;74(1):26–30. discussion 30-1.

- 7.Lee S.W, Yang S.S, Chang C-S, Yeh H.J. Impact of the Tokyo guidelines on the management of patients with acute calculous cholecystitis. // J Gastroenterol Hepatol. 2021;24:1857-61.
- 8.Borzellino G, Massimiliano Motton A, Minniti F, Montemezzi S, Tomezzoli A, Genna M. Sonographic diagnosis of acute cholecystitis in patients with symptomatic gallstones. // J Clin Ultrasound. 2021;44:152.

