

**ГУЛОМОВ
ЛОИК АБДУРАХМОНОВИЧ**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ
ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ
«ВЫСОКОГО РИСКА»**

3.1.9-хирургия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе 2021

Работа выполнена на кафедре общей хирургии №2 Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Научный руководитель: **Абдуллоев Джамолиддин Абдуллоевич** - доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Кадыров Даврон Мухаммеджанович**—доктор медицинских наук, заведующий лабораторией желудочно-кишечной патологии и абдоминальной хирургии, старший научный сотрудник ГУ «Институт гастроэнтерологии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Рахматуллаев Рахимджон - доктор медицинских наук, директор лечебно-диагностического центра «Вароруд» МЗ и СЗН РТ

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «___» _____ г. в _____ часов на заседании диссертационного совета 73.2.009.01 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», (734003, г. Душанбе, пр. Рудаки, д. 139).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», и на сайте [www. tajmedun. tj](http://www.tajmedun.tj)

Автореферат разослан «___» _____ 2021 г.

**Учёный секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
доцент**

Ш.К. Назаров

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Число больных с холелитиазом в настоящее время неуклонно растёт, что составляет 10% населения земного шара [Байчоров Э.Х., и соавт., 2014; Курбонов К.М. и соавт., 2018; Бебуришвили А.Г., и соавт., 2018; JJ. Ren et.al. 2017]. Летальность по сведениям ряда авторов, при остром холецистите составляет 1,9-8%, а в группе больных «высокого риска» достигает до 46% (Расулов Н.А. и соавт., 2017; Майстренко Н.А. и соавт., 2019; Ермолов А.С., и соавт., 2019). При плановых операциях, выполняемых по поводу хронического калькулёзного холецистита, послеоперационная летальность не превышает 0,3-0,8% [Тавобилов М.М., 2014; Мишалов В.Г., 2015; Edward Chekan et.al. 2013]. При традиционной хирургии острого холецистита уровень послеоперационных осложнений достигает 44%, летальность - 5%, а при осложненном течении заболевания летальность составляет 20–45,7% [Дибиров М.Д., и соавт., 2015; Ермолов А.С., и соавт., 2017; Касумьян С.А., и соавт., 2018]. Часто ЛХЭ выполняется на фоне сохранившегося острого воспалительного процесса в желчном пузыре и гепатодуоденальной связке. Результаты оперативных вмешательств, когда сохранён острый воспалительный процесс, намного хуже, чем операций, которые выполнены после разрешения воспалительного процесса [Каримов Ш.И., и соавт., 2014; Коханенко Н.Ю., и соавт., 2017]. Основными причинами неудач при ЛХЭ являются инфильтративные изменения в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки [Абдулжалилов М.К., и соавт., 2018; Аксенов И.В., и соавт., 2014]. Считается, что ЛХЭ может быть успешно выполнена при остром холецистите с давностью заболевания не более 24-48 часов, а более поздние сроки являются относительным противопоказанием к операции [Алексеев, А.М., 2013; Алиев Ю.Г., 2013; Сидурок А.А., 2014; Алвендова Л.Р., 2016].

У крайне тяжелых больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, при запоздалом их обращении, когда имеется обширный околопузырный воспалительный инфильтрат с распространением на печеночно-двенадцатиперстную связку, выполнение радикальной операции представляет технические трудности и высокий риск для жизни и здоровья больных. В этом случае основной задачей хирурга становится спасение жизни больного, что оправдывает тактику двухэтапного лечения, согласно которой на первом этапе выполняется холецистостомия, а на втором после ликвидации острых явлений – холецистэктомия [Натрошвили И.Г., 2017; Гешельмин С.А., и соавт., 2018]. Как известно после наложения микрохолецистом и для определения срока выполнения второго этапа, т.е. холецистэктомии имеются разные данные [Мойсеев Н., 2015; Бебуришвили А.Г., и соавт., 2018]. Вопрос об эффективности внутрисполостного применения лазерного облучения остается открытым [Гейниц А.В., и соавт., 2015; Вовринчук, 2017].

Исходя из вышеперечисленного, исследование направлено на разработку и практическое применение нового метода диагностики, который позволяет более точно определять сроки купирования острого воспалительного процесса в желчном пузыре и в воспалительно-изменённой части гепатодуоденальной связке при остром обтурационном холецистите.

Цель исследования – улучшение диагностики и хирургической тактики лечения больных с острым обтурационным холециститом «высокого риска»

Задачи исследования:

1. Оценить результаты одноэтапного хирургического лечения острого обтурационного холецистита больным «высокого риска».
2. Изучить динамику клинико-лабораторных параметров и морфологические изменения стенки желчного пузыря у больных острым обтурационным холециститом «высокого риска» при одноэтапных и двухэтапных подходах лечения.
3. Разработать рациональную лечебную тактику при остром осложнённом холецистите с применением миниинвазивных двухэтапных методов лечения.
4. Изучить результаты и определить оптимальные сроки выполнения второго этапа хирургического лечения больных с острым обтурационным холециститом «высокого риска», которым применён усовершенствованный двухэтапный способ хирургического лечения.

Новизна исследования

Разработан алгоритм рациональной тактики обследования и дифференцированный подход при ООХ «высокого риска».

На основании сравнительного анализа результатов различных методов лечения больных с ООХ «высокого риска» уточнены оптимальные сроки и вид оперативного вмешательства.

Предложен способ обработки ложа желчного пузыря при ТХЭ у больных с ООХ (Рац.пред. №3540/R694 от 18-04-2016 г).

Применена чресдренажная лазеротерапия при остром обтурационном холецистите после холецистостомии под контролем УЗ (Рац.пред.№3685\R375 от 13-02-2020 г).

Предложен способ эндобилиарной лазеротерапии холангита (Рац. пред.№685\R375 от 13-02-2020г).

Доказано преимущество двухэтапной тактики лечения больных с ООХ, имеющим большую давность от момента обтурации и или несколько сопутствующих патологий в разных стадиях (ASA III- IV).

Установлено, что применение внутриполостной лазеротерапии желчного пузыря и желчных протоков способствует ускорению регрессии воспаления.

Практическая значимость

Предложена методика использования интрадренажной чреспузырной лазеротерапии в местных воспалённых тканях шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной зоне при ООХ.

На основе исследования, показаны оптимальные сроки проведения заключительного этапа лечения при ООХ «высокого риска», что позволяет практикующим хирургам производить выбор дифференцированного метода оперативного лечения больных, страдающих острым обтурационным холециститом.

Основные положения, выносимые на защиту

1. По мере давности обтурации желчного пузыря и прогрессирования деструктивных процессов в желчном пузыре, наблюдаются прогрессирование патоморфологических изменений в стенке желчного пузыря с развитием околопузырного инфильтрата и гепатодуоденальной связки.

2. Клинико-лабораторные и морфологические признаки острого воспалительного процесса в стенке желчного пузыря у больных с «деблокированным» желчным пузырём купируются к 12-14 суткам от момента «деблокирования» его полости.

3. Комплексные УЗИ, УЗДС, холецистохолангиография и показатели маркеров воспаления позволяют определить клинико-морфологические формы острого обтурационного холецистита и ее осложнения. Разработанные объективные критерии позволяют выбрать дифференцированную тактику лечения больных с острым обтурационным холециститом.

4. Применение двухэтапной тактики хирургического лечения больных ООХ «высокого риска» с предварительной декомпрессией желчного пузыря под УЗ наведением и применение внутрисполостного лазерного облучения позволяет быстрее купировать острый воспалительный процесс в желчном пузыре, желчевыводящих систем и сократить сроки его декомпрессии. Результаты применения двухэтапной тактики хирургического лечения ООХ «высокого риска» значительно лучше, по сравнению с одноэтапным лечением ООХ.

Личный вклад автора. Автор самостоятельно проанализировал современную литературу по проблеме исследования и провёл определение ряда показателей маркеров воспаления при ООХ, курировал больных в течение всего времени наблюдения, участвовал в преоведении инструментарных методов исследования и различных способов лечения. Автором лично проведены статистическая обработка и анализ клинического материала.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы были доложены и обсуждены на годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан на тему «Медицинская наука и образование». г. Душанбе, 2014 г, на научно-практической конференции молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием на тему «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику». г. Душанбе, 2015 г., на научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан на тему «Проблемы теории и практики современной медицины». г. Душанбе, 2016 г, на научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино «Медицинская наука: новые возможности» (Душанбе, 2018 г), на годичной научно-практической конференции (67-й годичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино и «годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» на тему «Медицинская наука XXI века - взгляд в будущее», Душанбе, 2019 г, на заседании межкафедральной комиссии по хирургическим дисциплинам при ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (Душанбе, 20-05- 2021 г).

Внедрение результатов работы. Основные положения и выводы диссертации внедрены в клиническую практику отделения хирургии печени и желчевыводящих путей ГУ «ГЦ СМП» г. Душанбе и ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» г. Душанбе, и используются при обучении студентов,

клинических ординаторов, магистров-хирургов на кафедре хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Публикации. По теме диссертации опубликовано 9 научных трудов, 3 публикации в центральных изданиях, рекомендуемых ВАК РФ. Получено 3 удостоверения на рационализаторское предложение.

Объём и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Работа изложена на 153 страницах компьютерного текста. Работа иллюстрирована 24 таблицами и 48 рисунками. Библиографический указатель состоит из 108 отечественных и 79 иностранных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал исследования.

Материалом для настоящего исследования служили результаты комплексного обследования, диагностики и хирургического лечения 220 больных с острым обтурационным холециститом, находившихся на лечении в ГУ ГЦ СМП Душанбе и ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» с 2016-2021 гг. Пациентов с ООХ распределили на 2 группы. В группу сравнения были включены 70 (31,8%) пациентов, для лечения которых применяли одноэтапные хирургические вмешательства. В основную группу включены 150 (68,2%) больных, которым применены двухэтапные оперативные вмешательства. Из них у 66 (44%) больных были проведены микрохолецистостомии, в последующем проводили ХЭ, и у 84(56%) больных был применён усовершенствованный двухэтапный способ хирургического лечения. Возраст больных варьировал от 18 до 90 лет, средний возраст при этом составил $69 \pm 1,5$ г. 139 (63,2%) больных были женщины, 81 (36,8%) – мужчины (соотношение 1,7/1). Среди наших исследуемых больных острый флегмонозный холецистит с перивезикальным инфильтратом составил 81(54%) и 33(47,14%) случая соответственно. Острый гангренозный холецистит, перипузырный инфильтрат, инфильтрат гепатодуоденальной связки имели место у 9(6%) и 17(24,28%) соответственно. ООХ, эмпиема желчного пузыря, перипузырный инфильтрат, инфильтрат гепатодуоденальной связки диагностированы у 51(34%) пациента, которые входили в основную группу, 16(22,86%) в группу сравнения.

Надо указать, что в зависимости от клинико-морфологической формы наблюдался рыхлый и плотный инфильтрат (случаи перехода инфильтрата на абсцедирование среди наших пациентов не наблюдались).

Необходимо отметить, что у всех больных имели место сопутствующие патологии в виде: ИБС, бронхиальной астмы, сахарного диабета и других патологий, отягощающих течение основного заболевания, что имело важное значение при выборе тактики и метода хирургического вмешательства. В наших исследованиях больные ИБС с ГБ составили в основной 39(26%) и в группе сравнения 20(28,57%). Сахарный диабет у 21(14%) и 12(17,14%). Бронхиальная астма с ДН 2ст-9(6%), 5(7,14%). Хронические болезни почек у 27(18%), 11(15,7%). Ожирение у 33(22%), и в контрольной группе 13(18,6%). Сочетанные патологии у 21(14%), 9(12,86%) соответственно. При анализе исходных данных в обеих группах статистически значимых различий выявлено не было ($p \geq 0,05$).

Наличие вышеуказанных множественных сопутствующих заболеваний, а также пожилой и старческий возраст, негативно влияли на течение основной патологии, в частности на суб- и послеоперационного периода, в свою очередь исход оперативного вмешательства у больных данной категории безусловно зависил от оценки степени операционно-анестезиологического риска. В исследовании была использована шкала оценки операционно-анестезиологического риска согласно классификации American Society of Anesthesiology (ASA) (Wolters U. et.al., 1996), разработанной Американской ассоциацией анестезиологов (Таблица 1).

Таблица 1. - Распределение пациентов по тяжести операционно-анестезиологического риска (n-220)

Степень риска	Основная группа (n-150)	%	Группа сравнения (n-70)	%	p
I	-	-	-	-	
II	17	11,3	27	38,57	>0,05
III	67	44,7	31	44,29	>0,05
IV	66	44,0	12	17,14	>0,05*
V	-		-		

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 ; *с поправкой Йетса)

У всех больных клинические проявления были разнообразны, но болевая симптоматика превалировала, и достигла до 98-100%, горечь во рту 90%, синдром интоксикации - 84%, признаки паралитической кишечной непроходимости 76,8%, симптомы, связанные с сопутствующими патологиями (90%). Следует отметить, что тяжесть состояния больных зависила не только от других причин, но и прямо пропорционально от времени поступления больного в стационар, от начала возникновения приступа (колики) и обтурации, т.е. чем позднее срок поступления в стационар, тем тяжелее состояние больного (Таблица 2).

Таблица 2. - Сроки поступления больных в стационарах от начала обтурации желчного пузыря (n-220)

Давность обтурации	Основная группа (n-150)	%	Группа сравнения (n-70)	%	p
До 3 суток	51	34,0	26	37,14	>0,05
От 3 до 5 суток	69	46,0	31	44,29	>0,05
Позднее 5 суток	30	20,0	13	18,57	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

Приведенные данные свидетельствуют о том, что имеются больные, которые по разным причинам поступили в стационар поздно. В обеих группах преобладали больные с поздним обращением.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всем больным с острым обтурационным холециститом при госпитализации и в динамике проводились комплексное клинико-лабораторные исследования: крови, мочи, биохимических показателей, С-реактивный белок, фибриноген, СОЭ в лаборатории ГУ ГЦ СП и в ГУ РНЦК.

Общий белок определяли по Биуретовому методу. Уровень билирубина крови определяли по Йендрашеку-Грофу, аланинтрансферазу вводили в анализаторах КФК-3 и «BIOCHEM». Уровень фибриногена определяли по методу Клауса. Также были определены уровни СОЭ, СРБ, ЛИИ, микроскопическое исследование желчи после наложения микрохолецистостомы. Для выявления функционального состояния свертывающей системы крови и её реологии определяли время свертывания крови по Ли-Уайту, по Сухареву. Время рекальцификации плазмы – по Бергергару-Рану, концентрация фибриногена по методу Рутберга.

Эндоскопические исследования выполняли с использованием фиброгастродуоденоскопов фирмы «Pentax»: SMC-V9 и «Olympus» Video (Япония) совместно с врачом Каримовым З.К. Стандартное ультразвуковое исследование выполнялось аппаратами Sefius UF-890AG Fukuda Densni (Япония) в реальном масштабе, снабженными смотровыми конвекционными датчиками 3,5 и 5 МГц. Для наложения холецистостомы использовали Uromed (Индия L 30 d-8fr).

В ходе работы для применения внутриполостной чресдренажной лазеротерапии был применен аппарат «Лазмик» (Российская Федерация) с частотой 80 Гц, мощностью 20 Вт, длина волны 365-904 нм. Продолжительность каждого сеанса составила 2-5 мин. Вид лазера-диодный-полупроводниковый.

Для выявления патологического процесса у этих больных проводили УЗИ с дуплексным сканированием сосудов стенок желчного пузыря в режиме 6-10 МГц в ГУ ГЦ СМП.

Эндовидеолапароскопия с лечебной целью выполнялась лапароскопом фирмы «Karl-Stors» (Германия) в отделении эндохирургии ГУ ГЦ СМП. Оперативные вмешательства были проведены с оптимальным уровнем интраабдоминального давления т. е до 10 мм.рт.ст. Морфологические исследования биоптатов желчного пузыря, измененных тканей гепатодуоденальной связки изучались в лаборатории патогистологии в клинко-диагностическом отделении ГУ ГЦ СМП.

Для оценки результатов патоморфологических исследований использовали систему компьютерного анализа микроскопических изображений, состоящую из светооптического микроскопа, микропрепараты изучили под микроскопом model Olympus CX 21 FS 1. Камерой Digital MicroScope Camera Spesification MC-DO 48U (E), при различных увеличениях.

При выполнении микрохолецистостомии обязательной являлась визуальная оценка желчи, а также бактериологическое исследование желчи под микроскопом.

Статическую обработку полученных результатов проводили на ПК с использованием программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты собственных исследований

Исследование показателей эндотоксемии у больных с ООХ показало, что патофизиологические сдвиги, обнаруживаемые, в клинко-лабораторных показателях наиболее выражены у пациентов с острым обтурационным гангренозным холециститом (n=20) и с острым

обтурационным холециститом осложненным эмпиемой желчного пузыря ($n=66$), по сравнению с острым обтурационным флегмонозным холециститом ($n=134$).

Показатели ЛИИ ($4,9 \pm 0,6$ ед. и $5,2 \pm 0,5$ ед.) у больных с острым обтурационным гангренозным холециститом и с острым обтурационным холециститом, осложненным эмпиемой желчного пузыря были немного выше по сравнению с показателями с острым обтурационным холециститом, осложненным водянкой желчного пузыря, и острым обтурационным флегмонозным холециститом ($3,7 \pm 0,4$ ед. и $4,3 \pm 0,3$ ед.). Установлено отчетливое повышение уровня СОЭ ($27,6 \pm 2,3$ мм/час и $29,8 \pm 2,8$ мм/час), и уровня лейкоцитов ($12,5 \pm 2,3 \times 10^9/\text{л}$ и $14,8 \pm 2,5 \times 10^9/\text{л}$) у пациентов с острым обтурационным гангренозным холециститом и с острым обтурационным холециститом, осложненным эмпиемой желчного пузыря. Так, при флегмонозном ООХ СРБ составили лишь $120,4 \pm 3,4$ мг/мл, тогда как при прогрессировании деструктивных изменений в стенке желчного пузыря (гангренозный и эмпиема желчного пузыря) он составил $138,7 \pm 3,7$ мг/мл и $154,3 \pm 4,2$ мг/мл.

Необходимо отметить, что при развитии ООХ у больных параллельно с формированием воспалительного ответа при остром холецистите происходит активация системы гемостаза со снижением уровня естественных антикоагулянтов и угнетения фибринолиза.

Некоторые показатели гемостаза были изучены у 80 больных с различными клиничко-морфологическими формами ООХ. Так, при остром гангренозном холецистите и эмпиеме желчного пузыря наблюдается явление гиперкоагуляции и нарушения микроциркуляции в желчном пузыре. Так, фибринолитическое время составило у больных с гангренозным холециститом и с эмпиемой желчного пузыря $237 \pm 12,4$ мин. и $249 \pm 11,5$ мин, время свертывания крови - $5,4 \pm 0,2$ мин. и $4,9 \pm 0,3$ мин. Более выраженные изменения были отмечены в показателях тромбинового времени - $23,3 \pm 1,4$ с и $27,5 \pm 9,2$ с. фибриногена $5,7 \pm 0,2$ г/л и $6,1 \pm 0,3$ г/л соответственно.

Комплексное ультразвуковое исследование проведено всем 220 (100%) больным с ООХ. Проведенное комплексное УЗИ при ООХ позволило выявить ряд ультразвуковых изменений, характерных для этого заболевания: **1)** формирование между стенкой желчного пузыря и окружающими его тканями эхопрозрачной полосы, характерной для стадии рыхлого инфильтрата при гиперергической микрососудистой реакции с обильным пропитыванием экссудатом тканей, окружающих желчный пузырь; **2)** изменения эхогенности печени с потерей ее эхоструктуры около желчного пузыря из-за перехода воспаления с желчного пузыря на печень; **3)** плохую визуализацию сосудов и протоков в области ворот печени и шейки желчного пузыря, из-за сопутствующего отека их стенок и окружающей клетчатки.

УЗИ-признаками технических сложностей планируемой холецистэктомии являлись: отсутствие свободного просвета желчного пузыря; утолщенная или истонченная его стенка; крупные неподвижные камни в области шейки или кармана Гартмана; наличие перивезикального инфильтрата.

Анализ результатов комплексного УЗИ у больных ООХ показал, что для различных клиничко-морфологических форм заболевания характерны несколько ультразвуковых признаков.

Так, у больных с острым обтурационным флегмонозным холециститом, при УЗИ выявляли эхопризнаки, характеризующейся усилением объема желчного пузыря без смазанности ее контуров, а также появление полосы низкой эхоплотности между желчным пузырем и печенью и наличием жидкостного скопления. При остром обтурационном гангренозном холецистите, имеющем место в 3 (6%) в основном, и в 16 (22,86%) в группу сравнения, ведущими УЗИ-признаками заболевания были: смазанность контуров желчного пузыря, плохая видимость структуры гепатодуоденальной связки. В то время как по мере прогрессирования воспалительных процессов в стенке желчного пузыря с осложнением эмпиемой желчного пузыря УЗ-признаками его являлись: смазанность контуров желчного пузыря с плохой визуализацией гепатодуоденальной связки, изменением структуры печени и желчного пузыря. При ООХ, осложненном водянкой желчного пузыря, его УЗ-признаками являлись: смазанность контура желчного пузыря, плохая визуализация гепатодуоденальной связки.

Для выявления характера нарушения гемодинамики в пузырной артерии у больных с различными морфологическими формами ООХ в 50 случаях эффективно применяли УЗИ с дуплексным сканированием (ZOOM-режим) «зоны интереса», которое позволяет характеризовать скорость кровотока. В ходе исследования для оценки степени кровотока в стенках желчного пузыря применялась методика Jeffrey R.B. et. al (1995), который делил анатомический желчный пузырь на 4 сегмента: I-шейка, II и III- тело, IV-дно. Так, показатели гемодинамики при различных морфологических формах ООХ (от флегмонозного до развития эмпиемы желчного пузыря) показали, что по мере снижения показателей максимальной скорости кровотока (от $21,2 \pm 1,3$ мл/мин до $8,2 \pm 1,4$ мл/мин) деструктивные изменения в стенке желчного пузыря прогрессируют, имея прямую корреляционную связь. Данное изменение также наблюдалось среди показателей минимальной скорости кровотока в пузырной артерии (от $6,78 \pm 0,70$ мл/мин до $5,08 \pm 0,62$ мл/мин) соответственно. Следует подчеркнуть, что выявленные нарушения кровотока в пузырной артерии у больных с различными морфологическими формами ООХ были подтверждены интраоперационной картиной деструктивного изменения желчного пузыря и результатами гистологических исследований макропрепаратов. УЗИ и УЗИ с дуплексным сканированием пузырной артерии у больных с ООХ позволили своевременно установить характер деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, развитии осложнений, характер нарушения гемодинамики в пузырной артерии и выбрать оптимальный объем и способ хирургического вмешательства.

Наряду с лучевыми методами диагностики для выявления других сочетающихся патологии желчевыводящих путей, такие миниинвазивные методы исследования как фистулохолецистохолангиография являлись высокоинформативными методами. Фистулохолецистохолангиография для выявления патологии желчевыводящих протоков проведена в 150 наблюдениях через установление чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомы под УЗ-контролем, которым был проведен двухэтапный метод лечения. При проведении фистулохолецистохолангиографии прямым признаком папиллита\стеноза являлось не попадание контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку, что имело место в 7 наблюдениях из 150 пациентов, которым был проведен

данный метод исследования. Фистулохолецистохолангиография через установленные чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии под УЗ-контролем остаётся методом выбора для точной топической диагностики проходимости пузырного протока и желчевыводящих путей, выявления сопутствующих патологий и своевременного их корригирования.

Для осмотра состояния большого дуоденального сосочка при ООХ эффективно применяли фиброгастродуоденоскопию у 124 (56,7%) пациентов.

При патоморфологическом исследовании удаленных желчных пузырей у пациентов с ООХ чаще отмечали деструкцию слизистой оболочки желчного пузыря вплоть до ее полной десквамации, в ряде препаратов слизистая оболочка была атрофирована со сглаживанием ее рельефа. В начальных стадиях ООХ, а чаще при флегмонозном ООХ отмечали значительные морфологические изменения, что обусловлено повышением микробного обсеменения желчи и эндотоксемии. Более выраженные морфологические изменения в стенках желчного пузыря были отмечены у пациентов с гангренозной формой ООХ. При гангренозном холецистите в микроскопическом исследовании стенки желчного пузыря был выявлен некроз всех его стенок. Клеточная реакция отмечалась преимущественно в соединительнотканном слое и прилежащей жировой клетчатке с вовлечением в процесс нервных стволов и сосудов. Лишь в незначительном количестве исследований воспалительная инфильтрация, которая захватывала все слои стенки, была представлена преимущественно сегментоядерными и нейтрофильными лейкоцитами.

При исследовании биоптатов из инфильтрата гепатодуоденальной связки в 18 случаях у пациентов с ООХ определили резко выраженный отёк, на срезах наблюдалось повышенное число бокаловидных клеток, и имелась очаговая инфильтрация тканей лимфоцитами и лейкоцитами.

У пациентов с ООХ наблюдались различные морфологические формы холецистита, а также инфильтративные изменения в проксимальной части гепатодуоденальной связки, которые прогрессируют по мере нарушения кровотока пузырной артерии, давности обтурации, степени микробиологической обсемененности желчи и стенок желчного пузыря и нарастании эндотоксемии.

Результаты УЗИ и специальных тестов, позволяющих оценить степень воспалительного процесса и своевременно выявить показания и способ операции, имеют важное значение для прогнозирования технических сложностей предполагаемой операции. Комплексный диагностический подход, включающий применение УЗИ с дуплексным сканированием сосудов желчного пузыря позволяет своевременно поставить правильный диагноз форм острого холецистита, согласно классификации ОХ «Tokyo guidelines 2006-2016 гг», адекватно оценить состояние стенок желчного пузыря и начать правильную хирургическую коррекцию этим больным. На основании результатов диагностических тестов при перивезикальном инфильтрате и инфильтрате гепатодуоденальной связки, холангите вследствие папилита/папилостеноза, сопутствующих патологиях, больным преклонного возраста со сроком болевого приступа более 3-х суток от момента обтурации предложена двухэтапная тактика хирургического лечения больных с ООХ (Рисунок 1).

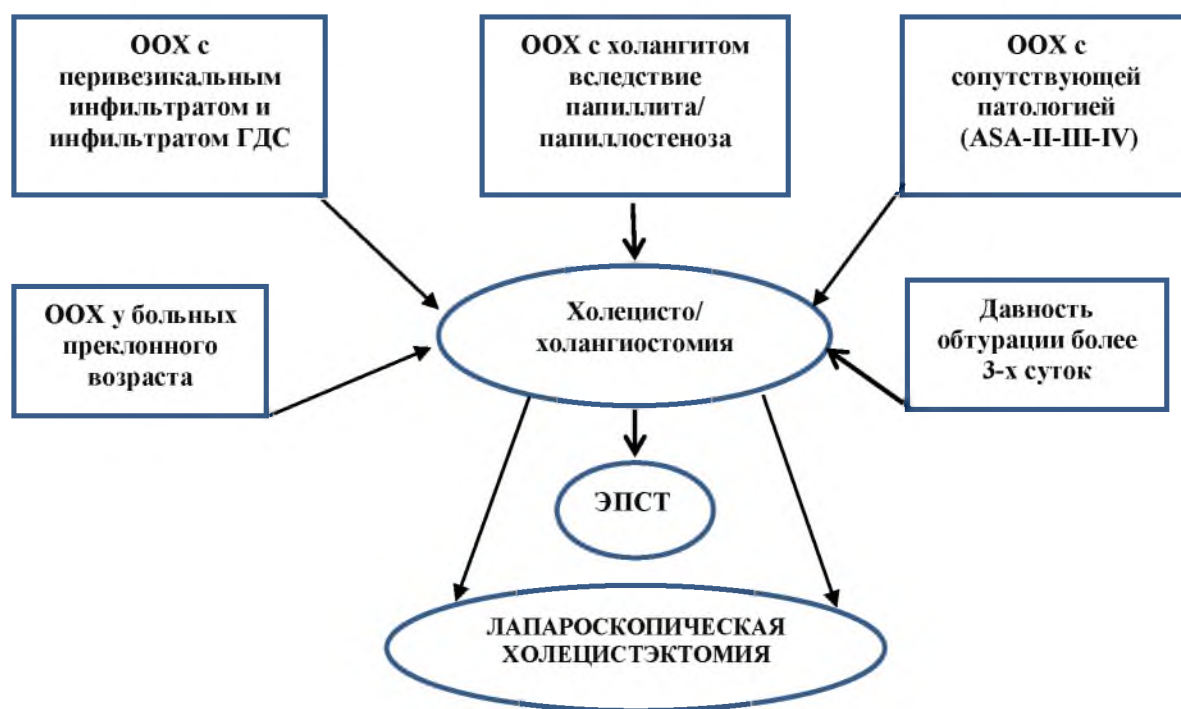


Рисунок 1. - Алгоритм двухэтапной хирургической тактики лечения больных с острым обтурационным холециститом «высокого риска» без перитонита и холедохолитаза

Ориентируясь на полученные результаты нами разработаны объективные критерии выбора одноэтапных и двухэтапных тактик лечения у больных с ООХ, в которые включены возраст, наличие некоторых осложнений ООХ как: инфильтрат в перивезикальной и гепатодуоденальной зоне, папиллит, сопутствующие патологии, требующие коррекции, наличие перитонита, давность обтурации и анестезиологический риск.

У 70 пациентов с ООХ были проведены одноэтапные оперативные вмешательства: традиционная открытая холецистэктомия была выполнена у 40 (57,1%) и видеолапароскопическая холецистэктомия была выполнена в 30 (42,9%) случаях. У 150 больных с ООХ выполнены двухэтапные оперативные вмешательства. В 66 (44,0%) случаях прибегали к формированию микрохолецистостомы под УЗ контролем как первый этап, в последующем выполнена холецистэктомия, а 84 (56,0%) больным было применено усовершенствованное двухэтапное хирургическое вмешательство, т.е. лазеротерапия через микрохолецистостому, и в последующем лапароскопическая холецистэктомия (таблица 3).

Таблица 3. - Характер оперативных вмешательств у больных ООХ (n = 220)

Характер операции	Основная группа (n=150)		Группа сравнения (n=70)	
	Абс	%	Абс	%
Традиционная открытая холецистэктомия	-	-	40	57,1

Продолжение таблицы 3.

Лапароскопическая холецистэктомия	-	-	30	42,9
Микрохолецистостомия под УЗ-контролем + ХЭ	66	44,0	-	-
Микрохолецистостомия под УЗ-контролем + лазеротерапия + ЛХЭ	84	56,0	-	-

Для улучшения непосредственных результатов холецистэктомии традиционным способом у больных с ООХ важным является создание надёжного и адекватного гемостаза ложа желчного пузыря. Для достижения указанной цели нами в клинике были разработана методика тампонирования ложа желчного пузыря прядью большого сальника (**Рац. удост. № 3510/R694 от 18.04.2016 г**). По предложенной методике оперировано 17 больных с хорошими непосредственными результатами.

У 40 больных после короткой предоперационной подготовки по экстренным показаниям была проведена традиционная (открытая) холецистэктомия. Во время проведения холецистэктомии были выявлены инфильтративно-изменённые ткани в области шейки желчного пузыря, проксимальном отделе гепатодуоденальной связки, которые создавали затруднения для верификации элементов треугольника Кало, обработки ложа желчного пузыря. Интраоперационно у 1(2,5%) больного отмечалось повреждение правого печёночного протока, у 1(2,5%) больных кровотечение из пузырьной артерии и 3(7,5%) из ложа желчного пузыря. Из-за не возможности идентификации элементов треугольника Кало в 1(2,5%) случае операция завершилась субтотальной холецистэктомией. Кровотечение из пузырьной артерии было остановлено путём прошивания сосудов. Кровотечение из ложа желчного пузыря было остановлено путём тампонирования и тампонадой прядью большого сальника, метод который был предложен клиникой (**Рац. Пред. № 3510/R694 от 18-04-2016 г**). Интраоперационное кровотечение при этом составило 200 ± 50 мл. В послеоперационном периоде отмечали следующие осложнения: серомы послеоперационной раны - 4(10,0%), инфильтрат послеоперационной раны - 3(7,5%), нагноение послеоперационной раны - 2(5,0%), жидкостное скопление в подпечёночном пространстве - 2(5%), послеоперационное желчеистечение, которое привело к желчному перитониту - 1(2,5%). По этой причине была проведена релапаротомия, при которой установлено, что причиной желчного перитонита было желчеистечение из ходов Люшко. В 1(2,5%) случае летальный исход в послеоперационном периоде, который был связан, с одной стороны, с развитием продолжающегося послеоперационного желчного перитонита и, с другой стороны, с развитием полиорганной недостаточности. Среднее пребывание больных в стационаре составило $15,3 \pm 5,1$ дней.

Маркеры воспаления как: температура тела, лейкоциты крови, ЛИИ, Фибриноген, СОЭ и СРБ в течение 5-7 дней после одноэтапной холецистэктомии достигали верхней границы нормы. Однако, в связи с развитием различных воспалительных послеоперационных осложнений у 9 больных было отмечено повторное повышение этих маркеров до высоких цифр.

Во время проведения лапароскопической холецистэктомии были выявлены инфильтративно-изменённые ткани в области шейки желчного пузыря, в проксимальном отделе гепатодуоденальной связки, которые создавали затруднения для верификации элементов треугольника Кало, обработки ложа желчного пузыря. По этой причине в 1 (3,33%) случае было отмечено повреждение гепатикохоледоха, что после проведения лапаротомии и наложения гепатикоэнтероанастомоза на РУ-петле было устранено. В 2 (6,67%) случаях после неуспешного проведения лапароскопического вмешательства была выполнена конверсия. В 1 (3,33%) случае было кровотечение из пузырных артерий, и в 3(10%) случаях наблюдалось кровотечение из ложа желчного пузыря. Кровотечение из ложа желчного пузыря было остановлено путём электрокоагуляций и подшивания пряди большого сальника к ложу желчного пузыря. Интраоперационные кровотечения при этом в среднем составили $150,2 \pm 14,5$ мл. Как видно из вышеописанного при проведении ЛХЭ у наших больных в большинстве случаев была отмечена «сложная» холецистэктомия, что совпадает с III и IV степенями сложности по В.В ЗягENCEву.

В послеоперационном периоде отмечали следующие осложнения: серомы в области первого троакара -3(10%), инфильтраты в области первого троакара-2(6,67%), нагноение области первого троакара- 2(6,67%). Эти осложнения были устранены при помощи перевязок с использованием различных антисептиков. Жидкостные скопления в подпечёночном пространстве - 1(3,33%), которые были устранены пункцией под УЗИ контролем. Послеоперационное желчеистечение которое привело к желчному перитониту -1(3,33%), стало причиной лапаротомии. Было выявлено соскальзывание клипс. Летальный исход в послеоперационном периоде наблюдался в 1 случае (3,33%). Среднее пребывание больных в стационаре $8,6 \pm 2,3$ дней.

Как при одноэтапной традиционной холецистэктомии маркеры воспаления такие как: температура тела, лейкоциты крови, ЛИИ, Фибриноген, СОЭ и СРБ в течение 5-7 дней после ЛХЭ достигали верхней границы нормы. Однако, в связи с развитием различных воспалительных послеоперационных осложнений у 7 больных было отмечено повторное повышение этих маркеров до высоких цифр, что требовало соответствующей терапии.

При одноэтапном лечении больных ООХ «высокого риска», количество осложнений как интра, так и в послеоперационном периоде остается высоким и зависит от нескольких факторов, в том числе от воспалительного процесса. В ходе исследования показаниями к проведению микрохолецистостомии под УЗ- наведением были следующие:

1. Неэффективность консервативной терапии до 6 часов;
2. Наличие густого содержимого желчного пузыря;
3. Наличие перивезикального инфильтрата и инфильтрата гепатодуоденальной связки;
4. Наличие билиарной гипертензии;
5. Наличие сопутствующих патологий;

Противопоказаниями к выполнению чрескожного дренирования ЖП под УЗ-контролем были:- наполненный желчный пузырь камнем, перитонит, холедохолангиолитиаз.

Клинический эффект после выполнения пункции желчного пузыря был достигнут у 129 (86%) среди больных основной групп. В 21(14%) случаях потребовалось применить дополнительные вмешательства в виде холангиостомы. Показанием для наложения холангиостомы были холангит вследствие стеноза дистального отдела холедоха и в некоторых случаях вследствие папиллита.

В послеоперационном периоде проводили ежедневное промывание полости ЖП физиологическим раствором до полной его санации. После выполнения пункции ЖП отмечали улучшение самочувствия больных (отсутствие болевого синдрома, уменьшение размеров увеличенного болезненного ЖП, уменьшение интоксикации), подтвержденное лабораторно-инструментальными исследованиями. При контрольной фистулохолецистохолангиографии в большинстве случаев, 47 (71,2%), при остром обтурационном холецистите на 4-5 сутки выявляли «деблокирование» ЖП, и это давало возможность быстрее получить желаемый эффект. В 11(16,67%) случаях «деблокирование» наступало, на 8-10 сутки, в 8(12,13%) случаях «деблокирование» желчного пузыря не получилось.

Для верификации состояния желчи проводили бактериологическое исследование желчи у 150 больных. Было выявлено, что количество микроорганизмов и лейкоцитов в желчи было повышено в ближайшие несколько суток, от момента установки холецистостомы, и уменьшалось на 4-е сутки от момента холецистостомы. Почти полное снижение концентрации микроорганизмов и лейкоцитов в желчи отмечено на 12 - 15 сутки после наложения холецистостомы.

Осложнения, которые наблюдались после микрохолецистостомии, были следующие: у 2(1,33) пациентов в послеоперационном периоде отмечали болевой синдром, который был связан с межреберным доступом. Боли были купированы медикаментозными средствами. В одном случае было подтекание желчи и крови вокруг дренажа наружу, которое купировали консервативно. В 3(2%) случаях наблюдали миграцию стомы, была наложена стома повторно под контролем УЗ.

Оптимизированный метод двухэтапной тактики лечения больных с острым обтурационным холециститом «высокого риска»

Длительное сохранение воспалительного процесса в области шейки желчного пузыря и проксимальной части гепатодуоденальной связки, повышение частоты конверсий при ЛХЭ на фоне сохранившегося воспалительного процесса, требование повышенного уровня подготовности хирурга к проведению ЛХЭ у больных с ООХ, имеющих несколько сопутствующих патологии или имеющих большую давность обтурации - обусловили необходимость разработки двухэтапной тактики у этого тяжелого контингента больных.

Критерии перехода ко второму этапу операции явились:

степень регрессии воспалительного процесса в желчном пузыре и гепатодуоденальной связке, устранение симптомов сопутствующей патологии.

Оценка степени регрессии околопузырного воспаления после стартового минимально инвазивного дренирования желчного пузыря проводилась с помощью маркеров воспаления, которые позволяют определить оптимальный

вид инициального вмешательства и сроки выполнения второго этапа минимально инвазивной операции.

Срок выполнения второго этапа операции у пациентов с острым холециститом определялся темпом снижения показателей маркеров воспаления и достижением нормальных лабораторных значений. Несмотря на важность результатов лабораторных тестов, данные ультрасонографии для определения сроков второго этапа операции имеют первостепенное значение.

Для улучшения непосредственных результатов лечения больных с ООХ, осложненным перивезикальным инфильтратом, в клинике разработан способ чресдренажной, внутриводостной местной лазеротерапии желчного пузыря посредством установленной микрохолецистостомы, как первого этапа лечения больных с острым обтурационным холециститом с перивезикальным инфильтратом (**рац. удост. №3685/R375 от 13.02.2020 г.**). Чресдренажная водостная лазеротерапия в водную воспаленную ткань была применена у 84(56%) больных ООХ.

В период декомпрессии желчевыводящих систем с целью выявления различных вариантов водного протока также была проведена холецистохолангиография. У всех исследуемых водных групп, т.е. у 150, в 126 (84%) случаях было выявлено, что водный проток под острым углом попадает в общий печеночный проток, в 2(1,3%) случаях отмечалось - попадание водного протока к левому печеночному протоку, в 12(8%) случаях было спиралевидное попадание водного протока в общую желчную водостку. В 9(6%) случаях выявлено конусовидное попадание водного протока в общие печеночные протоки.

Кроме этого, проводили динамическое исследование СРБ, фибриногена, ЛПИ, СОЭ и микроорганизмов, и лейкоцитов состава желчи. Когда эти параметры достигали нормы, ультразвуковые признаки воспаления желчного пузыря и гепатодуоденальной водзки уменьшались, проводился второй, заключительный этап, т.е. лапароскопическая холецистэктомия.

Как известно одним из осложнений острого холецистита является папиллит, иногда и стеноз, который приводит к холангиту, частота которого достигает до 20%. В наших исследуемых водных группах, папиллит\стеноз был выявлен у 7 (4,66%) больных, посредством холангиографии. У этих больных кроме вышеуказанных клинико-лабораторных изменений было отмечено повышение уровня билирубина до 35мкмол\л, а другие биохимические параметры были в пределах нормы. После проведения комплексной терапии и лазеротерапии клинические симптомы острого папиллита и холангита устранились, но у 3-х больных из-за стеноза большого дуоденального сосочка была проведена эндоскопическая папилосфинктеротомия. После проведения МХС и ЛТ через водосту на 3 - 5 водки в 67(79,76%) случаях наступили «деблокирование» водных протоков. В 17(20,24%) случаях «деблокировка» наступила, на 8-10-е водки, т.е. в процессе проведения ЛТ через водосту в водно воспаленной ткани: шейки желчного пузыря, проксимальной части гепатодуоденальной водзки, полностью деблокировались обтурации водных протоков. Исследования показали, что, что действительно при проведении двухэтапной тактики с использованием водной водостной лазеротерапии количество микроорганизмов и лейкоцитов в составе желчи на 1-е водки составляли 96,15%, на 5-е водки 38,46%, на 9-е водки 7,69% и на 12 водки достигали 3,85% случаев от момента наложения холецистостомы.

Снижение уровня ЛИИ (по Кальф-Калифу), СОЭ и фибриногена после наложения холецистостомы под контролем УЗ-наведения и проведения лазеротерапии через микрохолецистостому в области шейки желчного пузыря и проксимальной части гепатодуоденальной связки, наступили быстрее по сравнению с вышеописанной методикой, т.е. на 9-е сутки уровень ЛИИ снижался и достигал нормы. После наложения микрохолецистостомы и проведения местной лазеротерапии через стомы, уровень СРБ снижался и на 15-е сутки достигал 5,6 мг/л, и дальнейшего повышения СРБ не отмечено.

Интра и послеоперационных осложнений при применении данного способа лечения намного меньше, чем одноэтапных методов. В наших группах больных кровотечение из пузырной артерии наблюдалось в 1(1,2%), серомы раны 1(1,2%), инфильтрат раны 1(1,2%). Конверсии доступов, ятрогенных повреждений и летальности не было отмечено. Интраоперационные кровотечения составили $50,0 \pm 30$ мл. Пребывание больных в стационаре – 3 ± 2 сут.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что для определения сроков выполнения второго этапа операции важное значение имеют результаты динамического УЗИ и показатели маркеров воспаления: температура, уровень лейкоцитов, ЛИИ, СОЭ, фибриногена и СРБ, которые наиболее точно свидетельствуют о степени регрессии и рассасывания воспалительной инфильтрации стенок желчного пузыря и околопузырной зоны. Оптимальным сроком для выполнения второго этапа (ЛХЭ) хирургического лечения острого холецистита у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском при условии санации полости желчного пузыря потоком низкоинтенсивного диодного лазерного облучения и коррекции сопутствующей патологии являются 12-14 сутки после наложения МХС под УЗ наведением. Анализ результатов применения микрохолецистостомии и лазеротерапия через МХС под ультразвуковым контролем у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском показал, что стомиция желчного пузыря (как первый этап) в предоперационной подготовке у тяжёлых больных с острым обтурационным холециститом позволяет осуществить декомпрессию, санацию ЖП, устранение болевого синдрома и уменьшение синдрома интоксикации. Применение внутриполостного лазерного облучения в комплексе лечения способствовало ускорению регрессии воспалительного процесса, рассасыванию воспалительной инфильтрации в стенке органа и окружающих тканях перед вторым этапом операции – лапароскопической холецистэктомией в «холодном периоде».

При ТХЭ у больных ООХ преобладали сложные операции (55,0%), операции средней сложности составили 32,5%, лишь в 12,5% случаев операции отнесены к категории легкой степени сложности. При ЛХЭ сложные операции были у 60,0%, средние-26,7%, легкие-13,3%. Совершенно иная картина наблюдалась при двухэтапной тактике хирургического лечения ООХ.

При двухэтапной тактике МХС, когда в качестве первого этапа лечения применялась традиционная санация желчного пузыря, преобладали операции средней (37,8%), легкой (33,3%) и тяжелой (28,8%) степеней сложности, когда наличие плотной воспалительной инфильтрации в области шейки жёлчного пузыря в большой степени усложнило выполнение вмешательств. При усовершенствованной тактике МХС+ИДЛТ+ЛХЭ у больных острым холециститом преобладали операции лёгкой (73,8%) и средней (26,2%) степеней сложности. Сравнивая различные виды осложнений, конверсии

доступов, летальности при одноэтапном и двухэтапном подходе мы пришли к такому мнению, что действительно результаты лечения при двухэтапной тактике значительно лучше перед одноэтапной тактикой в лечении больных с ООХ группы «высокого риска» (Табл. 4).

Таблица 4. - Сравнительная оценка частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений в зависимости от этапности операций

Интраопер.осл.	ТХЭ (40)	ЛХЭ (30)	ХС+ХЭ (66)	МХС+ЛТ+ ЛХЭ(84)
Кровотечение из пузырной артерии	1(2,5%)	1(3,33%)	1(1,5%)	-
Кровотечение из ложа желчного пузыря	3(7,5%)	3(10%)	1(1,5%)	1(1,2%)
Ятрогенные повреждения желчевыводящей системы	1(2,5%)	1(3,33%)	-	-
Конверсия доступа	-	2(6,67%)	2(3,0%)	-
Объём интраопер. Кровопотери	200±50мл	150±50мл	100±40мл	50±20мл
Постопер. ослож.				
Серомы раны	4(10,0%)	3(10%)	2(3,0%)	1(1,2%)
Инфильтрат раны	2(5,0%)	2(6,67%)	1(1,5%)	1(1,2%)
Нагноение раны	2(5,0%)	2(6,67)	1(1,5%)	-
Жидкостное скопление в подпеченочном пространстве	2(5,0%)	1(3,33%)	-	-
Перитонит (желчный)	1(2,5%)	1(3,33%)	-	-
Летальность	1(2,5%)	1(3,33%)	1(1,5)%	-
Послеоперационное пребывание больных в стационаре	15±5 дней	8±2дней	3±1дней	3±1 дней
Результат морфологического исследования препаратов	Острые воспалительные элементы сохранены	Видны острые воспалительные клетки	Признаки острого воспалительного процесса сохранены	Видны признаки хронического воспалительного процесса.

Таким образом, одноэтапный вариант холецистэктомии у больных ООХ с высоким операционно-анестезиологическим риском несёт в себе наибольшие риски интра и послеоперационных осложнений.

ВЫВОДЫ

1. Экстренные и отсроченные одноэтапные операции при остром обтурационном холецистите у больных с поздними сроками госпитализации (более 3 суток) и высоким операционно-анестезиологическим риском сопровождаются высокой частотой ранних послеоперационных осложнений (28,6%) и летальности (2,85%), связанной с техническими трудностями холецистэктомии и некорригированными сопутствующими заболеваниями.

2. Тяжесть морфологических форм острого обтурационного холецистита коррелируют с длительностью обтурации желчного пузыря. В сроках более 3х суток образуется околопузырный воспалительный инфильтрат с распространением на печеночно-двенадцатиперстную связку, что создает технические сложности при выполнении как традиционной, так и лапароскопической холецистэктомии.

3. Показаниями к применению предварительного миниинвазивного дренирования желчного пузыря (микрохолецистостомии) у больных с ООХ являются: высокая степень операционно-анестезиологического риска, обусловленная возрастом и сопутствующей патологией; с длительностью заболевания более 72 часов. Предварительная чрескожная декомпрессия и санация желчного пузыря при ООХ с применением в комплексе лечебных мероприятий внутриполостного лазерного облучения желчного пузыря способствует регрессии воспалительного процесса и тем самым снижает риск второго этапа операции - лапароскопической холецистэктомии.

4. Двухэтапная тактика хирургического лечения больных с ООХ способствует снижению частоты ранних послеоперационных осложнений до 4,7% и летальности до 0,7%.

5. Оптимальным сроком для выполнения второго этапа хирургического лечения ООХ у больных с высоким ОАР при условии санации полости желчного пузыря потоком диодного лазерного излучения и коррекции сопутствующей патологии являются 12-14 сутки после наложения МХС.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При лечении больных с ООХ группы «высокого риска» необходимо применять двухэтапную тактику с предварительной декомпрессией желчного пузыря под ультразвуковым контролем.

3. С целью ускорения регрессии воспалительно-инфильтративного процесса в желчном пузыре и гепатодуоденальной связке рекомендуется применять внутриполостное лазерное облучение через микрохолецистостомы по разработанной нами методике

4. Оптимальными сроками для выполнения второго этапа операции при «деблокированном» обтурационном холецистите являются 12 – 14 сутки.

5. Критериями перехода ко второму этапу операции являются: нормализация лабораторных показателей, ликвидация воспалительной инфильтрации желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки по данным УЗИ, компенсация тяжести сопутствующих заболеваний.

6. Вынужденные традиционные одноэтапные операции у больных с ООХ «высокого риска» следует применять при наличии противопоказаний для применения миниинвазивных методов лечения, неэффективности или невозможности их выполнения.

7. С целью выявления патологии желчевыводящих путей и большого дуоденального сосочка целесообразно проведение холецистохолангиографии

в период декомпрессии желчевыводящих систем через МХС и своевременно корректировать имеющуюся патологию.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Гуломов, Л.А. Особенности тактики лечения больных острым обтурационным холециститом «Высокого риска»/ Д.А. Абдуллозода, Л.А. Гуломов, А.М. Сафарзода // Вестник Авиценны.-2020-№2.ТОМ 22.-С.269-274.

2. Гуломов, Л.А. Тактика лечения больных с острым обтурационным холециститом/ Д.А. Абдуллоев//Материалы 62-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан на тему «Медицинская наука и образование». г. Душанбе-2014 г., стр. 24-25.

3. Гуломов, Л.А. Хирургический подход в лечении больных острым обтурационным холециститом/ Д.А. Абдуллозода, Л.А. Гуломов, Ш.Ш. Сайфуддинов, А.М. Сафарзода, Ч.М. Сайдалиев, М.К. Билолов// Здравоохранение Таджикистана.-2020.-№2.-С 5-10.

4. Гуломов, Л.А. Острый холецистит у больных сахарным диабетом/ Л.А. Гуломов//Научно-практическая конференция молодых учёных и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием на тему «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику». г. Душанбе-2015 г., стр. 121.

5. Гуломов, Л.А. Лечебная тактика при остром холецистите в сочетании с холедохолитиазом у лиц пожилого и старческого возраста /Д.А. Абдуллоев//Материалы 64-й научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан на тему «Проблемы теории и практики современной медицины». г. Душанбе-2016 г., стр. 212-214.

6. Гуломов, Л.А. Оказание экстренной абдоминальной хирургической помощи в городской клинической больнице скорой медицинской помощи/Дж.А. Абдуллоев, А.М. Сафаров, Л.А. Гуломов.// Сборник научных трудов/ Кафедры хирургических болезней №1.ТГМУ. г. Душанбе- 2015 г., стр.72-74.

7. Гуломов, Л.А. Улучшения результатов лечения больных острым обтурационным холециститом с высоким операционно-анестезиологическим риском/Д.А. Абдуллозода//Материалы международной научно-практической конференции (67-й годичной), посвященной 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) на тему «Медицинская наука XXI века - взгляд в будущее» ТОМ-I. г. Душанбе-2019 г., стр.135-137.

8. Гуломов Л.А. Тактика лечения острого обтурационного холецистита у больных пожилого и старческого возраста /Д.А. Абдуллоев, М.К. Билолов, Л.А. Гуломов, Д. Шоев // Здравоохранение Таджикистана.-2015.-№3.-С-16-18.

9. Гуломов, Л.А. Острый холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха./Д.А. Абдуллозода, Л.А. Гуломов, Ш.Ш. Сайфуддинов//Материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел(2019-2021)» на тему «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки».г.Душанбе-2020., стр.37-40.

Рационализаторские предложения

1. Гуломов, Л.А., Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х. «Способ обработки ложа желчного пузыря после холецистэктомии у больных с острым обтурационным холециститом». Рац. пред. №3540/R694 выданное ТГМУ от 18-04-2016 г.

2. Гуломов, Л.А., Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х. «Способ чреспузырной лазеротерапии в лечении острого осложненного калькулёзного холецистита». Рац. пред. №3685/R375 выданное ГОУ ТГМУ от 13-02-2020 г.

3. Гуломов, Л.А., Абдуллозода Д.А., Набиев М.Х. «Способ эндобилиарной лазеротерапии в лечении острого гнойного холангита». Рац. пред №685/R375 выданное ГОУ ТГМУ от 13-02-2020 г.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВЛОК - внутривенное лазерное облучение крови
ГБ-гипертоническая болезнь
ГУ ГЦСМП - государственное учреждение городской центр скорой медицинской помощи
ГДС-гепато-дуоденальная связка
ГУ РНЦК-государственное учреждение республиканский научный центр крови
ДН-дыхательная недостаточность
ЖКБ- желчнокаменная болезнь
ИБС-ишемическая болезнь сердца
ИДЛТ- интрадренажная лазеротерапия
ИКК-индекс Кальф-Калифа
ЛТ- лазеротерапия
ЛИИ-лейкоцитарный индекс интоксикации
ЛХЭ-лапароскопическая холецистэктомия
МХС-микрохолецистостомия
ОАР-операционно-анестезиологический риск
ООХ- острый обтурационный холецистит
ОХ- острый холецистит
ООКХ- острый обтурационный калькулёзный холецистит
СРБ-С- реактивный белок
СОЭ-скорость оседания эритроцитов
ТХЭ- традиционная холецистэктомия
УЗИ-ультразвуковое исследование
УЗДС-ультразвуковое дуплексное сканирование
ХС- холецистостомия
ЭПСТ-эндоскопическая папилосфинктеротомия