УДК 616.366

Д.А. Абдуллозода^{1,2}, Л.А. Гуломов^{1,3}, Ш.Ш. Сайфуддинов², А.М. Сафарзода³, Ч.М. Сайдалиев³, М.К. Билолов^{1,3}

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

¹Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

²ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

³ГУ Городской Центр Скорой Медицинской Помощи, г. Душанбе, Таджикистан.

Гуломов Лоик Абдурахмонович - соискатель кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; тел.: +992 907-95-35-65; +992 988-95-35-65.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с острым обтурационным холециститом.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты диагностики и лечения 90 больных с острым обтурационным холециститом. В основную группу (1-ая) было включено 38 пациентов, при лечении которых применяли двухэтапную тактику на фоне лазеротерапии. Контрольную группу (2-ая) составили 52 пациента, у которых отсутствовала единая диагностическая и лечебная концепция, выполняли только лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ).

Результаты исследования и их обсуждение. В структуре осложнений обтурации до операции был отмечен перивезикальный инфильтрат в 9 (23,7%) случаях в первой и в 11 (26,2%) случаях во второй группе, эмпиема желчного пузыря соответственно в 2 (5,3%) и в 4 (9,5%) случаях. Большинство пациентов второй группы были прооперированы позднее 72 часов с момента обтурации, тогда как первой группе была проведена усовершенствованная двухэтапная тактика после 72 часов с момента обтурации. В послеоперационном периоде осложнения местного характера чаще встречались во второй группе.

Выводы. Комплексный диагностический подход позволяет своевременно поставить правильный диагноз и начать правильную лечебную тактику. При обтурация желчного пузыря более 72 часов, предпочтительно применение усовершенствованной двухэтапной тактики.

Ключевые слова: острый обтурационный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, двухэтапная тактика лечения.

D.A. Abdullozoda^{1,2}, L.A. Gulomov^{1,3}, Sh.Sh. Sayfudinov², A.M. Safarov³, J.M. Saydaliev³, M.K. Bilolov^{1,3}

SURGICAL APPROACH IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS

¹Department of General Surgery No. 2 of SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

²SI "Istiqlof Health Complex", Dushanbe, Tajikistan

³State Institution City Center for Emergency Medicine, Dushanbe, Tajikistan

Gulomov Loik Abdurahmonovich - aspirant at the Department of General Surgery No. 2 SEI Avicenna Tajik State Medical University; tel; +992 907-95-35-65; +992 988-95-35-65

Aim. To improve the results of treatment of patients with acute calculous cholecystitis

Material and methods. The results of the diagnosis and treatment of 90 patients with AOC were analyzed. The main group (the 1st group) included 38 patients who received a two-stage treatment approach with laser therapy. The control group (2nd group) included 52 patients for whom the treatment concept comprised only laparoscopic cholecystectomy.

Results and discussion. The complications of AOC before the operation included 9 (23.7%) cases of peri-vesical infiltration in the first group and 11 (26.2%) cases in the second group. Gallbladder empyema made 2 (5.3%) cases in the first group, and 4 (9.5%) cases - in the second group. Most of the patients of the second group patients were operated in 72 hours from the moment of obstruction, while the first group patients received the improved two-step approach in 72 hours from the moment of obstruction. In the postoperative period, local complications were observed more often in the second group.

Conclusion. The comprehensive diagnostic approach induces correct and timely diagnosis and makes possible the start of adequate therapy. In the case of the gallbladder obturation, after 72 hours improved two-stage tactic is preferable.

Keywords: acute calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, two-stage treatment tactics.

Актуальность. По данным ВОЗ, в мире каждый год оперируется более 1 млн. человек по поводу острого холецистита. На сегодняшний день сохраняется высокая частота интра- и постоперационных осложнений, а количество летальных исходов не меняется в течение последних лет, сохраняясь на уровне 0,5-2%, а иногда достигает 4,2% [3, 6]. Удельный вес неблагоприятных исходов в возрастной группе старше 75 лет значительно выше и составляет, по данным разных авторов, от 8% до 20% [2, 5]. Неудовлетворительные результаты лечения связаны со многими факторами, одной из которых является время с момента операции [1, 4].

По данным некоторых авторов [3, 7], залогом успешного выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при остром холецистите являются сроки возникновения приступа. По мнению этих авторов, при ранней операции и давности приступа не более 2-3 суток перивезикальный инфильтрат рыхлый и разделение его возможно без особых технических трудностей.

Ряд авторов [4, 7] отмечают низкую частоту конверсии при раннем выполнении холецистэктомии. Komatsu S. и соавт. (2014) считают, что частота конверсии и осложнения при перивезикальном инфильтрате, абсцесс или рубцово-воспалительные изменения с перихолециститом возрастают, составляя и 2-10% [7].

Ведущее место в инструментальной диагностике острого обтурационного холецистита (ООХ) и возможности выполнения при этом ЛХЭ принадлежит ультразвуковому исследованию. Если толщина стенок желчного пузыря более 5мм, перивезикальный абсцесс или выпот, отсутствует идентификация элементов в области шейки пузыря, то в этом случае частота конверсии при ЛХЭ возрастает, достигая до 24% [5, 7]. Дело в том, что только 35-40% больных с ООХ поступают в стационар до 6 часов с момента приступа, а с увеличением этого времени резко возрастает частота развития осложнений [6, 8].

Широкое применение современных методов диагностики, таких как дуплексное сканирование желчного пузыря, и применение двухэтапных методов лечения с использованием лазеротерапии позволят улучшить результаты лечения, обеспечат раннюю диагностику ООХ, исключат неоправданные лапаротомии, уменьшат количество диагностических и тактических ошибок.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с острым обтурационным холе-

циститом (ООХ) путем разработки и применения дифференцированной лечебно-диагностической тактики.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты диагностики и лечения 90 больных с ООХ, находившихся на лечении в ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» и ГУГ ЦСМП г. Душанбе в период с 2014 по 2019 гг.

В основную группу (1-ая группа) было включено 38 пациентов, находившихся на лечении с 2014 по 2019г. Из них мужчин было 14 (36,8%), а женщин - 24 (63,2%). При лечении пациентов 1-ой группы применяли двухэтапную тактику. Первый этап заключался в наложении микрохолецистостомии под контролем УЗИ с чресдренажным применением лазеротерапии аппаратом Лазмик с частотой 80 Гц, мощностью 20 Вт, длина волны 365-904 нм, с целью уменьшения воспалительного процесса в желчном пузыре и окружающих тканях. Вторым этапом после всестороннего обследования проводилась ЛХЭ. Показаниями для проведения двухэтапной тактики лечения при остром обтурационном холецистите были следующие:

1. наличие перивезикального инфильтрата, инфильтрат в области гепатопанкреатодуоденальной связки, установленные ультразвуковым методом.
2. наличие холангита, вследствие папиллита или стеноза.
3. наличие у больного тяжелых сопутствующих заболеваний, которые требуют коррекции до проведения радикального метода лечения ООХ.
4. Преклонный возраст больных и сроки поступления в стационар более 3 суток.

Контрольную группу (2-ая группа) составили 52 пациента, лечившихся с 2014 по 2019 гг. Из них мужчин было 17, женщин - 35. В этой группе отсутствовала единая диагностическая и лечебная концепция, только была проведено ЛХЭ, что приводило к различным видам осложнений, высокой частоте конверсии и к высокому уровню летальных исходов.

Возраст больных в исследуемых группах составил 49-80лет. Средний возраст $61 \pm 2,5$ лет.

Следует отметить, что у всех больных имелась различная сопутствующая патология (таб. 1).

Необходимо отметить, что у одних и тех же пациентов было выявлено от одной до нескольких сопутствующих патологий.

Использование стандартизированных подходов в оценке вида острого холецистита (ОХ) и времени обтурации позволило обеспечить преемственность в оказании неотложной хирургической помощи,

Таблица 1
Характер сопутствующей патологии у
больных с ООХ (n-90)

Наименование заболеваний	Количество больных	%
Ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь	24	26,7
Сахарный диабет	16	17,8
Атеросклероз сосудов головного мозга и аорты	14	15,5
Хроническая болезнь почек	12	13,3
Бронхиальная астма	10	11,1
Цирроз печени	6	6,7
Пневмония	8	8,9
ВСЕГО	90	100,0

Примечание: % - процент от общего число больных

сформировать репрезентивную выборку, а также проводить объективный и сравнительный анализ. Для определения формы холецистита, состояния кровообращения в стенке желчного пузыря использовали УЗИ с дуплексным сканированием желчного пузыря.

Лечение пациентов было проведено соответственно формам холецистита, согласно классификации ОХ «Тоkyо guidelines 2006-2013г».

Из основной группы (38 больных): первая форма холецистита составила 11 (28,9%) больных, вторая - 14 (36,8%), третья - 13 (34,2%) больных.

Из контрольной группы (52 больных): первая форма холецистита составила – 15 (28,8%), вторая – 23 (44,2%), третья - 14 (26,9%) больных.

Как в основной, так и в контрольной группах у подавляющего числа пациентов имелся ООХ второй формы.

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0» (StatSoft Inc., USA). Для качественных показателей вычисляли относительную величину (р, %). Для определения различий между группами по качественным признакам использовался критерий χ^2 , в том числе точный критерий Фишера

Различия статистически считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Осложнения ООХ встречались в обеих группах. В структуре осложнений обтурации в дооперационном периоде был отмечен перивезикальный ин-

фильтрат, который встречался в 9 (23,7%) случаях в первой и в 11 (26,2%) случаях во второй группе, эмпиема желчного пузыря в 2 (5,3%) случаях в 1-й, в 4 (9,5%) - во второй группе. Напротив, во время операции и в послеоперационном периоде количество осложнений было больше в контрольной группе.

Анализ взаимоотношений частоты и характера осложнений со временем обтурации среди пациентов обеих групп позволил установить, что количество осложнений, в том числе инфильтрата, значительно увеличивалось при сроках обтурации более 72 часов. При этом основное количество осложнений пришлось на сроки обтурации более 72 часов. Следует отметить, что большинство пациентов во второй группе было оперировано позднее 72 часов с момента обтурации. В первой группе была применена усовершенствованная двухэтапная тактика после 72 часов с момента обтурации, суть которой заключается в наложении холецистостомы под УЗ контролем и проведении интрапузырной лазеротерапии через микрохолецистостому.

При поступлении всем пациентам второй группы (контрольной) после комплексного обследования выполняли стандартные лабораторные исследования, по показаниям обзорную рентгенографию брюшной полости. В дальнейшем, при исключении явных осложнений ОХ, проведено динамическое наблюдение.

Всем пациентам первой группы при поступлении применяли индивидуальную лечебно-диагностическую тактику, которая заключалась в последовательном применении клинических и инструментальных методик, включая УЗ дуплексное сканирование стенок и сосудов желчного пузыря.

Как известно согласно классификацию ОХ «Тоkyо guidelines 2006-2013г» различают 3 форма или степени холецистита:

Первая форма или степень (легкий) острого холецистита. Острый холецистит у практически здорового пациента без органических дисфункций и умеренными воспалительными изменениями в желчном пузыре, что делает холецистэктомию относительно безопасной хирургической процедурой.

Вторая форма или степень (средней тяжести) острого холецистита сопровождается следующими проявлениями: лейкоцитоз более 18тыс/л, пальпируемый инфильтрат в правом верхнем квадранте живота, срок от начала жалоб свыше 72 часов.

Третья форма или степень (тяжелый) острого холецистита сопровождается дисфункцией одного из следующих органов и систем:

Сердечно-сосудистые нарушения (гипотензия, требующая коррекции дофамином в дозе более или 5 мг/кг в минуту или любой дозой добутамина или норадреналина).

Как показано выше согласно данной классификации среди наблюдаемых нами больных из основной группы (38 больных): первая форма холецистита составила 11 (28,9%) больных, вторая - 14 (36,8%), третья - 13 (34,2%) больных.

Из контрольной группы (52 больных): первая форма холецистита составила – 15 (28,8%), вторая – 23 (44,2%), третья - 14 (26,9%) больных.

Как в основной, так и в контрольной группах у подавляющего числа пациентов имелись ООХ второй формы

Учитывая данные ретроспективного анализа и неудовлетворительность и полученных результатов, в лечении пациентов основной группы использовали разработанную лечебно-диагностическую тактику, которая основывалась на следующих принципах.

1. Если срок обтурации желчного пузыря не превышал 72 часов, то при отсутствии противопоказаний к карбоксиперитонеуму выполняли ЛХЭ.

2. Если срок обтурации превышал 72 часа и/или было наличие противопоказаний к лапароскопическому вмешательству, то применяли усовершенствованную двухэтапную тактику, и операцию

проводили в интервале.

В послеоперационном периоде осложнения местного характера чаще встречались во второй группе. Так, серомы в первой группе отмечены у 2 (5,2%) больных, во второй группе - у 3 (5,8%), инфильтрат раны в первой группе имелось у одного (2,6%) пациента, во второй группе в 2 (3,8%) наблюдениях, нагноение раны в первой и второй группах составило 1 (2,6%) и 2 (3,8%) наблюдений соответственно. Желчеистечение в первой группе не было отмечено, во второй группе было у 1-го пациента, что составило 1,9%. Как видно, осложнения местного и общего характера встречаются больше во второй группе.

Осложнения, связанные с сопутствующими заболеваниями следующие: острая сердечно-сосудистая недостаточность в первой группе не встречалась, во второй группе возникла у 1 (1,9%) пациента. Тромбоз мезентериальных сосудов возник только в одном случае (1,9%) во второй группе. Перитонит в первой группе не развивался во второй группе – у 1 (1,9%) пациента.

Неблагоприятный исход отмечен только в контрольной группе – из 52 оперированных больных у 1 (1,9%) пациента, причиной которого были острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Частота встречаемости осложнений местного и общего характера показана в табл 2.

Таблица 2

Распределение больных с ООХ по частоте осложнений, конверсии, летальности в зависимости от сроков обтурации, абс (%).

Характер оперативных осложнений (местных и общих)	Обследуемые группы больных		p
	первая (основная) n-38 (проведено двухэтапное лечение)	вторая (контрольная) n-52 (проведено одноэтапное лечение - ЛХЭ)	
Серомы раны	2 (5,3%)	3 (5,8%)	>0,05
Инфильтрат раны	1 (2,6%)	2 (3,8%)	>0,05
Нагноенные раны	1 (2,6%)	2 (3,8%)	>0,05
Желчеистечение	-	1 (1,9)	>0,05
Кровотечение	-	1 (1,9%)	>0,05
Перитонит	-	1 (1,9%)	>0,05
Ятродения	1(2,6%)	2 (3,8%)	>0,05
Конверсия	-	3 (5,8%)	>0,05
Острая ССН	-	1 (1,9%)	>0,05
ТЭЛА	1 (2,6%)	2 (3,8%)	>0,05
Тромбоз мезенте-риальных сосудов	-	1 (1,9%)	>0,05
Летальность	-	1 (1,9%)	>0,05
Всего	6 (15,7%)	20 (38,2%)	<0,05

Примечание: p-статистическая значимость различия показателей между группами
%-процент от количества больных в группе

Отмечена убедительная взаимосвязь между частотой осложнений и временем выполнения оперативных вмешательств. При выполнении стандартной ЛХЭ позднее 72 часов от времени возникновения обтурации отмечено, что уровень осложнений и летальных исходов больше, чем при двухэтапном выполнении холецистэктомии.

Как видно из данной таблицы, при двухэтапном подходе в лечении больных с ООХ такие грозные осложнения, как острая сердечная недостаточность, ТЭЛА, тромбоз мезентеральных сосудов, кровотечения и летальность не были отмечены. Эти осложнения возникли, в основном, у пациентов второй группы.

Наши данные показывают высокие цифры возникновения осложнений, как местного характера, так и общего характера в группе больных, где было применено одноэтапное лечение. В связи с этим, эти больные входят в группу пациентов с высоким риском возникновения интра- и послеоперационных осложнений.

Выводы. 1. Комплексный диагностический подход, включающий применение УЗИ с дуплексное сканирование сосудов желчного пузыря позволяет своевременно поставить правильный диагноз форм острого холецистита, согласно классификации ОХ «Токуо guidelines 2006-2013г», адекватно оценить состояние стенок желчного пузыря и начать правильную хирургическую коррекцию этим больным.

2. Обтурация желчного пузыря, возникающая до 72 часов, не является противопоказанием к ЛХЭ, если нет других противопоказаний, а после 72 часов предпочтительно применение усовершенствованной двухэтапной тактики.

3. Предложенный дифференцированный лечебно-диагностической тактики с применением дуплексное сканирование сосудов желчного пузыря и гепатопанкреатобиллиарных зон позволяет достоверно снизить частоту местных, общих осложнений и летальность больных с ООХ.

ЛИТЕРАТУРА

(см. 6-7 стр. в REFERENCES)

1. Каримов Ш.И. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия в лечении острого холецистита у больных с высоким операционным риском / Ш.И. Каримов, С.П. Боровский, М.Ш. Хакимов, А.Ш. Чилгашев // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2010. – Т. 1. – С. 53-56.

2. Коханенко Н.Ю. Малоинвазивное двухэтапное лечение холецистохоледохолитиаза / Н.Ю. Коханенко, С.А. Данилов, М.Ю. Кабанов [и др.] // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. – 2012. – Т. 171, № 1. – С. 53-56.

3. Курбонов Дж.М. Миниинвазивные методы хирургического лечения осложненных форм острого калькулёзного холецистита / Дж.М. Курбонов, А.С. Ашууров // *Здравоохранение Таджикистана*. – 2013. – №4. – С.47-50.

4. Курбонов К.М. Особенности лечения калькулёзного холецистита, осложненного перипузырным инфильтратом. / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, У.Р. Муродов, Р.Х. Саидов // *Материалы XXV Юбилейного конгресса ГПБХ стран СНГ*. Алматы, 2018. – С. 113-114

5. Рахматуллаев Р. Результаты хирургического лечения острого калькулёзного холецистита у больных пожилого и старческого возраста с применением различных методик / Р. Рахматуллаев, А.Х. Норов, Д.М. Курбонов, Б.Б. Джононов, У.М. Хамроев // *Вестник Авиценны*. – 2011. – № 4 (49). – С. 29-34.

REFERENCES

1. Karimov Sh. I. Chreskozhnaya chrespechenochnaya kholetsistostomiya v lechenii ostrogo kholetsistita u bolnykh s vysokim operatsionnym riskom [Percutaneous transhepatic cholecystostomy in the treatment of acute cholecystitis in patients with high operational risk]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii - Annals of surgical hepatology*, 2010, Vol. 1, pp. 53-56.

2. Kokhanenko N. Yu. Maloinvazivnoe dvukhetapnoe lechenie kholetsistokholeдохолитиаза [Minimally invasive two-stage treatment for cholecystocholedocholithiasis]. *Vestnik khirurgii im. I.I. Grekova - Herald of surgery named after I. I. Grekov*, 2012, Vol. 171, No. 1, pp. 53-56.

3. Kurbonov Dzh. M. Miniinvazivnye metody khirurgicheskogo lecheniya oslozhnennykh form ostrogo kalkulyoznogo kholetsistita [Minimally invasive methods of surgical treatment of complicated forms of acute calculous cholecystitis]. *Zdravookhranenie Tadjikistana - Healthcare of Tajikistan*, 2013, No. 4, pp. 47-50.

4. Kurbonov K. M. [Features of the treatment of calculous cholecystitis complicated by peripheral infiltrate]. *Materialy XXV Yubileynogo kongressa GPBKH stran SNG* [Materials of the 15th Anniversary Congress Of the Association of Hepatopancreatobiliary surgeons of the CIS countries]. Алматы, 2018, pp. 113-114 (In Russ.)

5. Rakhmatullaev R. Rezultaty khirurgicheskogo lecheniya ostrogo kalkulyoznogo kholetsistita u bolnykh pozhilogo i starcheskogo vozrasta s primeneniem razlichnykh metodik [The results of surgical treatment of acute calculous cholecystitis in elderly and senile patients using various methods]. *Vestnik Avitsenny - Herald of Avicenna*, 2011, No. 4 (49), pp. 29-34.

6. Cherng N. Use of cholecystostomy tubes in the management of patients with primary diagnosis of acute cholecystitis. *Journal of American college of surgeons*, 2012, Vol. 214 (2), pp. 196-202.

7. Komatsu S. Role of percutaneous transhepatic gallbladder aspiration in the early management of acute

cholecystitis. *Journal of Digestive Disease*, 2014, Vol. 19, pp. 508-512.

ХУЛОСА

Ч.А. Абдуллозода, Л.А. Фуломов,
Ш.Ш. Сайфудинов, А.М. Сафаров,
Ч.М. Сайдалиев, М.К. Билолов

РАВИШИ ЧАРРОҲӢ ДАР ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ ХОЛЕТСИСТИТИ ШАДИДИ ОБТУРАТСИОНӢ

Мақсади тадқиқот. Бехтаргардонии натиҷаи табобати беморони холетсистити шадиди обтуратсионӣ, бо роҳи коркард ва истифодабарии тарзи ташхису табобати тафрикавӣ.

Мавод ва усулҳо тадқиқот. Натиҷаи ташхис ва табобати 90 беморе, ки гирифтҳои холетсистити шадиди обтуратсионӣ буданд ва дар МД “Мачмаи тандурустию Истиклол”-у МДМӢ ШТТ-ш Душанбе дар солҳои 2014-2019 табобат гирифтаанд, санҷида шуд. Ба гуруҳи асосӣ (1-ум) 38 бемор шомил буданд ва ба онҳо тарзи дузинагии табобат дар асоси лазеротерапия гузаронила шуд. Гуруҳи назорати (2-юм)-ро 52 бемор ташкил кард, ки ба онҳо танҳо холетсистэктомия лапароскопӣ гузаронида шуд. Табобати беморон аз руи таснифоти холетсистити шадид “ТОКЮ guidelines 2006-

2013” гузаронида шуд.

Натиҷаҳо тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Ба оризаҳои то чарроҳӣ инфилтрати перивезикалӣ дар 9 (23,7%) ҳолат дар яқум ва дар 11 (26,2%) дар дуҷум гуруҳ, эмпиемаи талхадон дар 2 (5,3%) ва дар 4 (9,5%) дар мутаносибият. Ҳангоми чарроҳӣ гузариш дар гуруҳи назоратӣ бештар буд. Шумораи ориза дар муддати зиёда аз 72 соат бештар шуд. Бештари беморони гуруҳи 2-юм баъди 72 соати обтуратсия чарроҳӣ шуда буданд, ки дар гуруҳи 1-ум дар чунин ҳолат тарзи сайқалдодаи думарҳилагӣ гузаронида шуда буд. Дар давраи баъдичарроҳӣ оризаҳои чузъӣ дар гуруҳи 2-юм бештар мушоҳида шуд. Фавт танҳо дар гуруҳи назорати, яъне аз 52 бемор дар 1 (1,92%) ба назар расид.

Хулоса. Тарзи ташхиси маҷмаъа имконият медиҳад, ки сари вақт ташхиси дуруст гузорем, мукамал ҳолати девораи талхадонро баҳо гузорем ватарзи табобати дурустро оғоз кунем. Обтуратсияи талхадон то 72 соат барои холетсистэктомия лапароскопӣ гайринишондод нест, агар дигар гайринишондод ҷой надошта бошад. Баъди 72 соат тарзи сайқалдодашудаи думарҳилагӣ бартарӣ дорад.

Калимаҳои калидӣ: холетсистити шадиди обтуратсионӣ, холетсистэктомия лапароскопӣ, тарзи думарҳилагии табобат.

УДК: 616.366-089.87-072.1

Ш.Ш. Амонов, М. Олими, Ф.Б. Бокиев

FAST TRACK ХИРУРГИЯ — МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ С КЛАПАННЫМИ И КОРОНАРНЫМИ ПОРОКАМИ

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Маъруф Олими - очный аспирант кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 139; тел.: +992985475500 e-mail: marufjon93-93@mail.ru

Цель исследования. Оценить эффективность внедрения программы Fast Track в хирургическом лечении желчнокаменной болезни у больных с сопутствующими клапанными и коронарными пороками.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результате хирургического лечения 21 больных желчнокаменной болезнью с сопутствующими клапанными и коронарными пороками за период с 2015-2019 гг.. В комплекс предоперационного обследования входили: ультразвуковое исследование, электрокардиография, эхокардиография, исследование функции внешнего дыхания и рентгенография грудной клетки, эзофагогастро-дуоденоскопия, КТ и МРТ (индивидуально) и лабораторные методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Длительность операции составила в среднем 31±10 минут.