

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Курбаниязов З.Б.¹, Арзиев И.А.², Аскарлов П.А.³
Email: Kurbaniyazov691@scientifictext.ru

¹Курбаниязов Зафар Бабажанович – доктор медицинских наук, доцент;

²Арзиев Исmoil Алиевич – ассистент;

³Аскарлов Пулат Азадович – кандидат медицинских наук, ординатор,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: в работе проведен анализ результатов хирургического лечения 3161 пациента по поводу различных форм ЖКБ. Желчеистечение в послеоперационном периоде наблюдали у 26 больных вследствие «малых» повреждений (аберрантные печеночно-пузырные протоки ложа желчного пузыря - ходы Люшка, негерметичность культи пузырного протока). Разработанная хирургическая тактика, основанная на данных УЗИ и РПХГ, позволяет улучшить результаты лечения и избежать лапаротомии у 92,4% больных. Для оценки послеоперационного ЖИ мы учитывали как суточный дебит желчи по дренажам брюшной полости, так и данные УЗИ - определяли объем отграниченного скопления жидкости в проекции ложа удаленного желчного пузыря, а также локализацию и объем свободной жидкости в брюшной полости.

Ключевые слова: холецистэктомия, желчеистечение, хирургическая тактика.

IMPROVING SURGICAL TACTICS IN THE CORRECTION OF BILE DUCT AFTER CHOLECYSTECTOMY USING MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES

Kurbaniyazov Z.B.¹, Arziev I.A.², Askarov P.A.³

¹Kurbaniyazov Zafar Babajanovich - Doctor of Medical Sciences, Associate Professor;

²Arziev Ismoil Alievich - Assistant;

³Askarov Pulat Azadovich - Candidate of Medical Sciences, Resident,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: the paper analyzes the results of surgical treatment of 3161 patients about various forms of cholelithiasis. Bile leakage in the postoperative period was observed in 26 patients due to "small" injuries (aberrant hepatic-bladder ducts of the gallbladder bed - Lyushka's moves, leaky stump of the cystic duct). The developed surgical tactics based on the data of ultrasound and RCPH allows to improve the treatment results and avoid laparotomy in 92.4% of patients. To assess postoperative bile leakage, we took into account both the daily bile flow rate from the abdominal drainage and the ultrasound data - we determined the volume of delimited fluid accumulation in the projection of the bed of the removed gallbladder, as well as the localization and volume of free fluid in the abdominal cavity.

Keywords: cholecystectomy, bile flow, surgical tactics.

УДК: 616.366-089.85.(616.381-072.1)

Актуальность. Ведущее место в структуре послеоперационных осложнений после холецистэктомии (ХЭ) занимает наружное или внутрибрюшное желчеистечение (ЖИ) в раннем послеоперационном периоде, которое следует рассматривать как самостоятельную проблему, поскольку оно может иметь серьезные последствия и быть опасным для жизни [1, 2, 3, 10, 11, 14, 16, 17, 21, 24]. Основные причины послеоперационного ЖИ - т.н. «малые» повреждения желчных протоков (аберрантные печеночно-пузырные протоки ложа желчного пузыря - ходы Люшка, негерметичность культи пузырного протока) и «большие» - ятрогенные повреждения магистральных желчных протоков [5, 19, 23, 25].

Истечение желчи по дренажу способствует ранней диагностике билиарного осложнения, но при этом даже небольшое желчеистечение в брюшную полость может привести к тяжелым осложнениям [4, 6, 7, 13]. Диагностика внутрибрюшного желчеистечения - сложная задача, наличие страховочного дренажа в подпеченочном пространстве способствует ранней диагностике и профилактике билиарного перитонита [8, 9, 12, 15].

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), у которых развилось наружное или внутрибрюшное ЖИ путем стандартизации показаний и технического совершенствования применения релапароскопии, трансдуоденальных

эндоскопических вмешательств, пункционных методов под контролем УЗИ для снижения числа повторных лапаротомных операций.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов хирургического лечения 3161 пациента оперированных в период 2010 – 2019гг. по поводу различных форм ЖКБ, которым выполнены ХЭ: - лапароскопическим доступом - 1847, из минидоступа – 1096, из широкой лапаротомии- 218.

Диагностическая программа включила в себя стандартное общеклиническое обследование, УЗИ, ЭГДС, по показаниям РХПГ, МСКТ. Все вмешательства завершали дренированием брюшной полости одним либо двумя дренажами.

В раннем послеоперационном периоде у 37 больных отмечено ЖИ. Женщин - 25, мужчин – 12, средний возраст пациентов составил 49±5,1лет. У 26 больных причиной ЖИ явились «малые» повреждения, у 11- «большие». Причиной желчеистечения у 26 (70.2%) больных, (т.е. в 2/3 наблюдений) явились «малые» повреждения, источниками желчеистечения у которых явились аберрантные печеночно – пузырные протоки ложа желчного пузыря (ходы Люшка) - 4, несостоятельность культи пузырного протока - 4 и выпадение дренажа гепатикохоледоха – 2. Вместе с тем у 16 больных источник желчеистечения не установлен. В данное исследование не включены больные с ятрогенными (большими) повреждениями магистральных желчных протоков.

Результаты и обсуждение. ЖИ наблюдалось у 8 (30,7%) больных, оперированных по поводу хронического холецистита и у 18 (69,4%) - острого холецистита. У 14 (53,8%) отмечалось поступление желчи по дренажу, а у 12 (46,1%) пациентов – скопление желчи в брюшной полости диагностировано после удаления дренажей по данным УЗИ.

Для оценки послеоперационного ЖИ мы учитывали как суточный дебит желчи по дренажам брюшной полости, так и данные УЗИ - определяли объем отграниченного скопления жидкости в проекции ложа удаленного желчного пузыря, а также локализацию и объем свободной жидкости в брюшной полости.

У 14(34,6%) больных ЖИ с выделением желчи по дренажу в объеме 150-200 мл в сутки и при отсутствии признаков перитонита, удовлетворительном состоянии больных, отсутствии изменений анализах крови проводили динамическое наблюдение с обязательным ультразвуковым контролем и консервативное лечение (спазмолитики, инфузионная, противовоспалительная и антибактериальная терапия). У 9 больных лечение оказалось эффективным, желчеистечение по дренажу прогрессивно уменьшалось и полностью прекратилось в течении 5-7 дней, поэтому других диагностических и лечебных процедур не потребовалось.

3 больным потребовались пункции биломы под контролем УЗИ с целью эвакуации скопления жидкости в подпеченочном пространстве, причем у 1 больного причиной желчеистечения явилось выпадение дренажа из холедоха. Еще у 2 больных консервативное лечение также было неэффективным и им были выполнены РПХГ и ЭПСТ. У 1 больного причиной желчеистечения оказалось несостоятельность культи пузырного протока, еще у 1 больного источник ЖИ не установлен. После эндоскопического дренирования билиарной системы желчеистечение у этих больных прекратилось на 2 и 5 сутки.

При наличии ЖИ по контрольному дренажу более 200 мл в течение 2-3 суток после операции, 12(46,1%) больным проводили УЗИ брюшной полости, РХПГ, при необходимости декомпрессию билиарного тракта эндоскопической папиллотомией или установлением назобилиарного дренажа. У 6 пациентов ЭПСТ с назобилиарным дренированием оказалось эффективным и ЖИ было купировано в течение 5-7 суток. При безуспешности или неэффективности РХПГ, сохранении либо усилении болей в животе, симптомов интоксикации и раздражения брюшины 4 больным выполнена релапароскопия с дополнительной электрокоагуляцией ложа желчного пузыря, клипирование ходов Люшка или несостоятельной культи пузырного протока, адекватная санация и дренирование брюшной полости.

Лапаротомия, холедохостомия, санация и дренирование брюшной полости при разлитом желчном перитоните выполнена 2 больным. Осложнения отмечены у 2(7,6%) больных (повторное желчеистечение – 1, острый панкреатит – 1).

Выводы: Ультразвуковое исследование способствует выбору адекватной хирургической тактики при желчеистечении.

1. При появлении желчного отделяемого по контрольному дренажу в объеме не более 200 мл в сутки с тенденцией к уменьшению и отсутствию накопления желчи внутрибрюшинно и клиники желчного перитонита можно ограничиться проведением консервативной терапии.

2. Применение миниинвазивных эндоскопических трансдуоденальных вмешательств, диапневтических методов и лапароскопии, а также активной консервативной терапии позволили у больных с «малыми» повреждениями желчных протоков после ХЭ избежать лапаротомии у 92,4% больных.

1. Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Нишанов М.Ш., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Особенности хирургического лечения интраоперационных повреждений желчных протоков // Проблемы биологии и медицины, 2013. № 2 (73).
2. Алтыев Б.К., Рахимов О.У., Асамов Х.Х. //Диагностика и лечение внутрибрюшных осложнений в хирургии желчных путей. // Shoshilinch tibbiot axborotnomasi, 2012. №4. С. 73-78.
3. Аскарлов П.А., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Хирургическая тактика при ранних билиарных осложнениях после холецистэктомии // Материалы Республиканской научно-практической конференции “Актуальные проблемы гепатологии и ВИЧ-инфекции” посвященной всемирному дню борьбы со СПИДом. Андижан, 2012. С. 55-57.
4. Аскарлов П.А., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии // Сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции молодых ученых “XXI век – век интеллектуальной молодежи” Ташкент, 2012. С. 18-19.
5. Аскарлов П.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Алиева С.З., Суярова З.С. Хирургический подход к лечению больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков // Материалы XIV всероссийской Бурденковской научной конференции. Молодежный инновационный вестник. Том VII, приложение, 2018. С. 9.
6. Бабажанов А.С., Давлатов С.С., Исмаилов А.О. Оценка функционального состояния и повреждения печени у больных механической желтухой // Сборник тезисов Всеукраинской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Современные аспекты медицины и фармации - 2013». Запорожье, 16-17 мая 2013 г.
7. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. //Свежие повреждения желчных протоков //Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова, 2010. № 10. С. 4–10.
8. Давлатов С.С. Усовершенствованный способ плазмафереза в лечении эндотоксикоза при гнойном холангите // Интеллектуал ёшлар – Ватанимиз келажяги. (2 - китоб) Илмий ишлар тўплами. Тошкент, 2012. С. 95-99.
9. Давлатов С.С., Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Рахманов К.Э., Амонов М.М. Усовершенствованный способ плазмафереза в лечении эндотоксикоза при гнойном холангите // Материалы Республиканской научно-практической конференции “Актуальные проблемы гепатологии и ВИЧ-инфекции” посвященной всемирному дню борьбы со СПИДом. Андижан, 2012. С. 79-81.
10. Исмаилов А.О., Давлатов С.С. Обоснование минилапаротомных операций при желчнокаменной болезни осложненной гнойным холангитом // Материалы 80-й Юбилейной Всероссийской Байкальской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием. Иркутск, 22-24 апреля 2013 г. С. 421.
11. Курбаниязов З.Б., Бабажанов А.С., Давлатов С.С., Расулов Э.С. Усовершенствованный способ дискретного плазмафереза в лечении холемического эндотоксикоза при гнойном холангите // Материалы международного конгресса «здоровье для всех: профилактика, лечение, реабилитация». Алматы, Казахстан, 26-28 апреля 2012 года. С. 214-215.
12. Курбаниязов З.Б., Бакаев А.Б., Каримов У.Т., Баратов М.Б., Назаров З.Н., Давлатов С.С. Причины повреждений гепатикохоледоха и пути их снижения при минилапаротомной холецистэктомии // Научные труды Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова. Москва, 2009. С. 80-81.
13. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Саидмуродов К.Б. Способ лечения больных холангитом после реконструктивных операций на желчных путях // Официальный бюллетень - Агентство по интеллектуальной собственности РУз. № 7 (135). Ташкент, 2012. С. 13.
14. Курбаниязов З.Б., Нишанов М.Ш., Рахманов К.Э., Аскарлов П.А., Давлатов С.С., Рахматова Л.Т. Выбор метода операции при «свежих» повреждениях магистральных желчных протоков // Вестник врача. Самарканд, 2012. № 3. С. 89-96.
15. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Нишанов М.Ш., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Лечение «свежих» повреждений магистральных желчных путей // Материалы международного конгресса «Здоровье для всех: профилактика, лечение, реабилитация». Алматы, Казахстан, 26-28 апреля 2012 года. С. 216-218.
16. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Нишанов М.Ш., Рахманов К.Э., Аскарлов П.А., Давлатов С.С. Результаты хирургического лечения повреждений магистральных желчных протоков // Проблемы биологии и медицины, 2012. № 2 (69). С. 59-70.
17. Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р. Повреждение aberrантных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. // Shoshilinch tibbiyot axborotnomasi, 2019. № 12. С. 11–15.
18. Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Юлдашев П.А., Марданов Ж.Н., Хасанжонов А.У. Способ выбора оперативного доступа при холецистэктомии у больных экстракостальными и ретрокостальными

- расположениями желчного пузыря // Сборник Научно-практической конференций молодых ученых СамМИ, 2 марта 2010 года. С. 163-164.
19. *Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Зайниев А.Ф., Бердиев У.* Обоснование минилапоротомных операций при желчекаменной болезни, осложненной гнойным холангитом // Сборник научных трудов одарённых студентов и резидентов магистратуры СамМИ, 25 мая 2010 года. С. 378.
 20. *Рахманов К.Э., Каримов У.Т., Давлатов С.С., Мамаюсупов Ж.Х., Гозибеков Ж.И., Марданов Ж.Н.* Хирургическая тактика при калькулезном холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Научные труды Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова Москва, 2009. С. 74-75.
 21. *Сабиров Б.У., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Тактика ведения больных желчекаменной болезнью с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией // Проблемы биологии и медицины, 2009. № 1 (56). С. 52-56.
 22. *Davlatov S.S., Kasimov Sh.Z., Kurbaniyozov Z.B., Ismailov A.O.* A modified method of plasmaferesis in the treatment of patients with purulent cholangitis // Materials of the IX international scientific-practical conference "New Scientific Achievements - 2013". Volume 17. March 17-25, 2013. Bulgaria. Sofia. P. 30-33.
 23. *Davlatov S.S., Alieva S.Z.* Innovative and hybrid technologies in the treatment of endotoxiosis in purulent cholangitis // Materials of the scientific-practical conference with the international section "Parasitic and infectious diseases in the local pathology of the Central Asian region". Samarkand, 14-15 June 2018. P. 148.
 24. *Kurbaniyozov Z.B., Akbarov M.M., Nishanov M.Sh., Rahmanov K.E., Davlatov S.S.* Improvement of surgical treatment of intraoperative injuries of magistral bile ducts // Materials of the IX international scientific-practical conference "New Scientific Achievements - 2013". Volume 17. March 17-25, 2013. Bulgaria. Sofia. P. 28-30.
 25. *Martinez-Mier G., Luna-Ortiz H.J., Hernandez-Herrera N. et al.* Factores de riesgo asociados a las complicaciones y a la falla terapeutica en las reconstrucciones de lesiones de via biliar secundarias a colecistectomia. Cir, 2018. 86(6). P. 491-498.