

## ДИАПЕВТИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ



Шоназаров Искандар Шоназарович, Нарзуллаев Санат Иноятovich, Хамидов Обид Абдурахмонович, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Нурмурзаев Зафар Нарбай угли  
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

### ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИ КОРРЕКЦИЯ ҚИЛИШДА ДИАПЕВТИК ВА РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАР АРАЛАШУВЛАР

Шоназаров Искандар Шоназарович, Нарзуллаев Санат Иноятovich, Хамидов Обид Абдурахмонович, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Нурмурзаев Зафар Нарбай ўгли  
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

### DIAPYETIC AND RENTGENENDOBILIARY INTERVENTIONS IN CORRECTION OF COMPLICATIONS AFTER CHOLECYSTECTOMY

Shonazarov Iskandar Shonazarovich, Narzullaev Sanat Inoyatovich, Khamidov Obid Abdurakhmonovich, Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Nurmurzaev Zafar Narbay ugli  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammi.uz](mailto:info@sammi.uz)

**Резюме:** Ўт йўлларидаги операциялардан сўнг қорин бўшлиғига ўт оқиши натижасида пайдо бўлган сафроли перитонитли 49 беморни текшириши ва даволаш натижалари тақдим этилди. Операциядан кейинги сафроли перитонитнинг частотаси 0,8% ни ташкил этди ва 57,2% ҳолларда "кичик" шикастланиши (ўт халта йўлининг чўлтоғи етишмовчилиги, Люшка йўллари шикастланиши, гепатикохоledохдан дренажнинг дислокацияси) ва 42,8% ҳолларда операция давомида асосий ўт йўлининг шикастланиши. Ультратовуш назорати остида пункцион усуллари қўллаш, трансдуоденал эндоскопик аралашувлар ва лапароскопия ўт йўлларида "кичик" жароҳатлари туфайли операциядан кейинги сафроли перитонитли асосий гуруҳ беморларининг 93,3% да реллапаротомиядан воз кечиши имконини берди. Биринчи 48 соат ичида асосий ўт йўлининг шикастланиши аниқланганда энг яхши натижалар Ру бўйича юқори прецизион ГЕА ўрнатишида олинди.

**Калит сўзлар:** Ўт тош касаллиги, холецистэктомия, операциядан кейинги сафроли перитонит.

**Abstract:** The results of the examination and treatment of 49 patients with bile peritonitis, which developed as a result of bile leakage into the abdominal cavity after operations on the bile ducts, are presented. The frequency of postoperative bile peritonitis was 0.8% and in 57.2% of cases the cause was "small" damage (incompetence of the cystic duct stump, damaged Luschka passages, dislocation of the drainage from the hepaticocholedochus), and in 42.8% of cases intraoperative damage to the main bile duct. The use of ultrasound-guided puncture methods, transduodenal endoscopic interventions and laparoscopy made it possible to avoid relaparotomy in 93.3% of patients of the main group with postoperative bile peritonitis due to "small" injuries of the bile ducts. When detecting damage to the main bile duct in the first 48 hours. The best results are obtained with the application of high precision Roux-en-Y GEA.

**Key words:** Cholelithiasis, cholecystectomy, postoperative biliary peritonitis.

Среди причин, приводящих к развитию желчного перитонита основными являются желчеистечение в брюшную полость после операций на желчевыводящих протоках из добавочных желчных ходов, несостоятельной культи пузырного протока после холецистэктомии, дислокации дренажа, установленного после холедохотомии, интраоперационного повреждения общего печеночного протока. По данным литературы, частота желчного перитонита значительно варьирует: от 0,4% до 4% [2, 5, 7].

Сложность ранней диагностики внутрибрюшного желчеистечения приводит к запозда-

лomu повторному хирургическому вмешательству и, как следствие, к неблагоприятному результату лечения. Проводимая в послеоперационном периоде интенсивная терапия, применение антибиотиков и современных методов обезболивания значительно изменяют картину развивающегося осложнения, затушевывая острые явления, стирая признаки катастрофы в брюшной полости. Поэтому при малейшем подозрении на неблагополучие необходимо произвести ряд исследований, которые могут явиться началом активного, целенаправленного динамического наблюдения [1, 4, 8]. Поскольку лечение желчного перитонита не-

сомненно является комплексной задачей и требует усилий специалистов различного профиля, исход оперативных вмешательств во многом зависит от выбора и рациональной последовательности применения различных методик [3, 6]. В связи с этим, дальнейшие перспективы улучшения результатов хирургического лечения в определенной мере зависят от применения щадящих оперативных вмешательств, выполнения операций в более ранние сроки.

**Материал и методы.** Представлены результаты обследования и лечения 49 больных с желчным перитонитом, развившимся вследствие желчеистечения в брюшную полость после операций на желчевыводящих протоках. Источником послеоперационного желчеистечения и перитонита в 9 наблюдениях были дополнительные (абerrантные) желчные протоки (ходы Люшка) в ложе желчного пузыря, в 14 наблюдениях – несостоятельность культи пузырного протока вследствие соскальзывания клипс или лигатур, у 5 пациентов ЖИ из дефекта в стенке гепатикохоледоха вследствие самопроизвольного выпадения т.е. дислокации установленного дренажа из гепатикохоледоха, в 21 – ятрогенные повреждения магистральных желчных протоков.

С учетом современных тенденций в развитии хирургии, для решения задач исследования, направленных на разработку новой лечебно-диагностической тактики при ЖП, больные были распределены на две группы. В I группу (гр. сравнения) вошли 22 пациента (1,1% из 2048 больных) с послеоперационным желчным перитонитом как осложнения операций на желчевыводящих протоках оперированные в период 2001-2010 гг., в комплексном лечении которых использовались стандартные общепринятые подходы. Во вторую группу (основную гр.) – 27 (0,7% из 3801 больных), оперированные в период 2011-2020 гг., у которых алгоритм проведения лечебно-диагностических мероприятий строился на принципах FTS - программы ускоренного выздоровления (ПУВ) и в качестве приоритетных методов оперативного лечения применялись миниинвазивные хирургические вмешательства. При желчеистечении в брюшную полость и местном желчном перитоните с объемом до 100 мл по данным УЗИ в гр. сравнения (6 больных) 3 больным произведена реканализация контрапертуры с дренированием подпеченочной области. 3 больным выполнено релапаротомия: источником желчеистечения в 1 наблюдении явилось дислокация дренажа из гепатикохоледоха, который повторно фиксирован. Еще в 2 наблюдениях источником желчеистечения явилась несостоятельность культи пузырного протока, которая повторно лигирована. Подпеченочная область санирована и дренирована. При желчеистечении в брюшную по-

лость и местном желчном перитоните с объемом до 500 мл занимающем подпеченочную область и правый боковой канал по данным УЗИ в группе сравнения (6 больных) вследствие несостоятельности культи пузырного протока 2 больным проведена релапаротомия с повторным лигированием пузырного протока. При этом у 2 больных причиной несостоятельности культи пузырного протока явился холедохолитиаз и билиарная гипертензия, им проведена релапаротомия с холедохолитотомией и дренированием холедоха. 2 больным с самопроизвольным выпадением дренажа из ГХ так же произведена релапаротомия с повторным дренированием общего желчного протока. Операции завершены санацией брюшной полости и дренированием подпеченочного пространства, правого бокового канала и полости малого таза. Повреждение магистральных желчных протоков явилось причиной желчеистечения и разлитого желчного перитонита у 10 больных группы сравнения. Восстановительные операции проведены в 5 случаях, из них при краевом повреждении гепатикохоледоха 2 больным произведено ушивание дефекта на T - образном дренаже. При полном пересечении гепатикохоледоха билиобилиарный анастомоз наложен 3 больным. 5 больным выполнены реконструктивные операции: 2 наложен гепатикодуоденоанастомоз, 3-первым этапом вследствие перитонита произведено наружное дренирование проксимальной культи общего печеночного протока, затем через 3 месяца наложен гепатикоюноанастомоз на транспеченочном каркасном дренаже. В основной исследуемой группе (7 больных) при биломе вследствие желчеистечения из абerrантных протоков в ложе желчного пузыря с объемом до 100 мл по данным УЗИ 3 больным потребовались пункции под эхографическим контролем с целью эвакуации скопления жидкости в подпеченочном пространстве. Еще 2 больным проведена релапароскопия с клипированием ходов Люшка. У 1 больного причиной желчеистечения была несостоятельность культи пузырного протока вследствие смещения клипсы, ему произведено релапароскопическое повторное его клипирование. Также в одном наблюдении при наружном желчеистечении по дренажу и скоплении желчи в подпеченочном пространстве из-за выпадения холедохостомического дренажа выполненное РПХГ с ЭПСТ и назобилиарное дренирование явилось окончательным методом остановки желчеистечения. При желчеистечении и местном желчном перитоните с объемом до 500 мл по данным УЗИ в группе сравнения (9 больных) с несостоятельностью культи пузырного протока (7 больных) вследствие холедохолитиаза и билиарной гипертензии выполнено у 2 больных РПХГ с ЭПСТ и назобилиарным дренированием и релапароскопия с клипированием несостоятельной

культы. Еще 5 больным произведена санация брюшной полости и повторное клипирование пузырного протока как причины послеоперационного желчного перитонита. Релапаротомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха и санация брюшной полости произведено 1 пациентке с разлитым желчным перитонитом. Еще у 1 пациентки причиной ограниченного желчного перитонита явилось желчеистечение из абберантного желчного протока ложа пузыря, повторными пункциями билыма эвакуирована. При повреждении магистральных желчных протоков желчеистечении в брюшную полость и разлитой желчный перитонит в основной группе наблюдалось у 11 больных. Из них 3 наложен ГЕА по Ру с ТПКД, в 1 наблюдении выполнен высокий прецизионный ГЕА без каркасного дренирования. В наших наблюдениях у 2 больных с полным пересечением ГХ, выявленным в первые сутки после операции, также наложен высокий ГЕА по Ру без каркаса. 1 больной желчным перитонитом первым этапом произведена санация брюшной полости и дренирование печеночного протока. Реконструктивная операция выполнена через 3 месяца – ГЕА с ТПКД. Восстановительные операции проведены 3 больным. 1 больному с пересечением ГХ наложен БА. У 3 больных при краевом повреждении не более чем на  $\frac{1}{2}$  диаметра протока произведено ушивание протока в 2 случаях, в одном наблюдении после РПХГ установлен стент в ГХ.

**Результаты и их обсуждение.** Сравнительный анализ результатов лечения больных с послеоперационным желчным перитонитом как осложнение после холецистэктомии показало, что при желчеистечении с развитием местного желчного перитонита с объемом жидкости до 100 мл под печенью в группе сравнения всем 6 больным проведены повторные хирургические вмешательства – 3 больным произведена реканализация контрапертуры с дренированием подпеченочной области, 3 больным выполнено релапаротомия. Прямо противоположные результаты получены в основной группе, где специальные эндоскопические и лапароскопические методы позволили избежать повторной хирургической операции – релапаротомии у всех 7 больных – 3 больным проведены пункция билымы под контролем УЗИ, еще у 3 больных коррекция желчеистечения в брюшную полость и санация подпеченочной области проведены при релапароскопии, в одном наблюдении дислокация дренажа из холедоха и желчеистечение коррегированы при ЭПСТ и назобилиарном дренировании. Коррекция желчеистечения с развитием желчного перитонита с объемом до 500 мл в группе сравнения (6 больных) в 100% случаев производили посредством повторного хирургического вмешательства – релапаротомии: – у 2 больных санация брюшной полости дополнено

перевязкой несостоятельной культы пузырного протока; – 2 больным санация брюшной полости дополнено холедохолитотомией и еще 2 повторным дренированием гепатикохоледоха. Усовершенствование лечебно- диагностической тактики ведения больных в основной группе (9 больных) с использованием эндоскопических трансдуоденальных вмешательств – ЭПСТ и назобилиарное дренирование позволило остановить желчеистечение в брюшную полость у 2 больных. Релапароскопия позволила устранить причину желчеистечения в 6 наблюдениях – проведено повторное клипирование пузырного протока и абберантного желчного протока в ложе желчного пузыря и лишь 1 больной потребовалась релапаротомия с санацией брюшной полости, холедохолитотомией вследствие резидуального холедохолитиаза.

Таким образом внедрение миниинвазивных методов коррекции желчеистечения в брюшную полость как трансдуоденальные эндоскопические вмешательства, пункции брюшной полости под контролем УЗИ, лапароскопия, позволили у больных с «малыми» повреждениями желчных протоков отказаться от повторной лапаротомии у 93,3% больных. Релапаротомия произведено лишь у 1 больной.

Таким образом внедрение миниинвазивных методов коррекции желчеистечения в брюшную полость как трансдуоденальные эндоскопические вмешательства, пункции брюшной полости под контролем УЗИ, лапароскопия, позволили у больных с «малыми» повреждениями желчных протоков отказаться от повторной лапаротомии у 93,3% больных. Релапаротомия произведено лишь у 1 больной. При повреждении магистральных желчных протоков приведшей к развитию разлитого желчного перитонита, причиной которых явились повреждения магистральных желчных протоков доказало эффективность высокого ГЕА по Ру с использованием прецизионной техники при выявлении желчного перитонита в ближайшие 48 час. У всех 3 больных отмечены хорошие результаты в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Выполнение ГЕА на ТПКД (выполнен у 2 больных основной группы и 2 – группы сравнения) безусловно оправдано при наложении билиодигестивного анастомоза в условиях инфильтративных изменений в стенке протока при желчном перитоните выявленном позже 48 час. после ХЭ. Сменный транспеченочный дренаж, на котором формируется ГЕА, крайне необходим при выше указанных ситуациях. Вместе с тем, у 2 больных основной группы и 6 гр. сравнения при желчном перитоните вследствие повреждения ГХ первом этпом у больных дренировано проксимальная культя общего печеночного протока. Реконструктивные операции им выполнены через 3 месяца. БА (наложено у 5 больных в группе

сравнения и 1 в основной группе) и ГДА (у 3 больных в группе сравнения) во всех случаях завершились стриктурами ГХ и БДА. Им выполнены повторные реконструктивные операции. Ушивание дефекта ГХ охватывающего менее 1/2 диаметра протока, показано только при использовании прецизионной техники. Гнойно – септические осложнения после повторных вмешательств по поводу желчеистечения и послеоперационного желчного перитонита после ХЭ в группе сравнения наблюдали у 8 больных (36,4%): - продолжающийся желчный перитонит (2 больных); - формирование подпеченочного и поддиафрагмального абсцесса (2 больных); - нагноение послеоперационной раны (4 больных). Из них 1 пациентка (4,5%) умерла. Причиной смерти явилась острая почечно – печеночная недостаточность на фоне абдоминального сепсиса. В основной группе после хирургической коррекции желчеистечения и перитонита после ХЭ осложнения наблюдались у 3 больных (11,1%). В 2 наблюдениях имелись гнойно – септические осложнения, в 1 – острый панкреатит после эндоскопической папиллосфинктеротомии. Летальность в основной группе не наблюдалась.

**Выводы:** 1. Частота послеоперационного желчного перитонита составило 0,8% и в 57,2% случаев причиной явились «малые» повреждения (несостоятельность культи пузырного протока, поврежденные ходы Люшка, дислокация дренажа из гепатикохоледоха), а в 42,8% интраоперационные повреждения магистрального желчного протока.

2. Применение пункционных методов под УЗИ наведением, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств и лапароскопии позволило избежать релапаротомии у 93,3% больных основной группы послеоперационным желчным перитонитом вследствие «малых» повреждений желчных протоков. При выявлении поврежденных магистрального желчного протока в первые 48 час. лучшие результаты получены при наложении высокого прецизионного ГЕА по Ру.

3. Оптимизация тактики хирургического лечения больных послеоперационным желчным перитонитом, основанной на принципах дифференцированного приоритетного использования миниинвазивных хирургических вмешательств позволило улучшить результаты лечения основной группы больных, где гнойно-септические осложнения составили 11,1%, тогда как в группе сравнения – 36,4% с летальностью 4,5%.

#### Литература:

1. Абдуллаева Н. Н., Вязикова Н. Ф., Шмырина К. В. Особенности эпилепсии у лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения // Dobrokhотов readings. – 2017. – С. 31.

2. Кубаев А. С. Оптимизация диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных изменений средней зоны лица // Научные исследования. – 2020. – №. 3 (34). – С. 33-36.

3. Насретдинова М. Т. Изменения стабиллометрических показателей у пациентов с системным головокружением // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2019. – Т. 9. – №. 2. – С. 135-139.

4. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии брусцеллезного генеза // Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.

5. Ризаев Ж. А. и др. Оценка функциональных изменений, формирующихся в зубочелюстной системе боксеров // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 270-274.

6. Rizaev J. A., Rizaev E. A., Akhmadaliev N. N. Current View of the Problem: A New Approach to Covid-19 Treatment // Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4.

7. Rizaev J. A., Maeda H., Khramova N. V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // Annals of Cancer Research and Therapy. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 22-23.

8. Rizaev J. A., Shodmonov A. A. Optimization of the surgical stage of dental implantation based on computer modeling // World Bulletin of Public Health. – 2022. – Т. 15. – С. 11-13.

#### **ДИАПЕВТИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*Шоназаров И.Ш., Нарзуллаев С.И., Хамидов О.А., Курбаниязов З.Б., Нурмуразаев З.Н.*

**Резюме:** Представлены результаты обследования и лечения 49 больных с желчным перитонитом, развившимся вследствие желчеистечения в брюшную полость после операций на желчевыводящих протоках. Частота послеоперационного желчного перитонита составило 0,8% и в 57,2% случаев причиной явились «малые» повреждения (несостоятельность культи пузырного протока, поврежденные ходы Люшка, дислокация дренажа из гепатикохоледоха), а в 42,8% интраоперационные повреждения магистрального желчного протока. Применение пункционных методов под УЗИ наведением, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств и лапароскопии позволило избежать релапаротомии у 93,3% больных основной группы послеоперационным желчным перитонитом вследствие «малых» повреждений желчных протоков. При выявлении поврежденных магистрального желчного протока в первые 48 час. лучшие результаты получены при наложении высокого прецизионного ГЕА по Ру.

**Ключевые слова:** Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, послеоперационный желчный перитонит.