

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ И ЖЕЛЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ



Курбаниязов Зафар Бабажанович¹, Арзиев Исмоил Алиевич¹, Баратов Маннон Бахрамович¹, Аскарлов Пулат Азадович¹, Давлатов Салим Сулаймонович², Салохиддинов Журабек Саидахматович¹
1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ САФРО ОҚИШИ ВА САФРОЛИ ПЕРИТОНИТ

Курбаниязов Зафар Бабажанович¹, Арзиев Исмоил Алиевич¹, Баратов Маннон Бахрамович¹, Аскарлов Пулат Азадович¹, Давлатов Салим Сулаймонович², Салохиддинов Журабек Саидахматович¹
1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;
2 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

POSTOPERATIVE BILE LEAKAGE AND BILE PERITONITIS IN THE SURGICAL TREATMENT OF CHOLELITHIASIS

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich¹, Arziev Ismoil Alievich¹, Baratov Mannon Bakhramovich¹, Askarov Pulat Azadovich¹, Davlatov Salim Sulaimonovich², Salokhiddinov Jurabek Saidakhmatovich¹
1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
2 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand, Bukhara

e-mail: dr.kurbaniyazov@inbox.ru

Резюме. Мақолада 5247 беморда ўт тош касалигининг турли шаклларида жарроҳлик даволашининг натижалари таҳлил қилинади. Операциядан кейинги даврда сафро оқиши ва билиар перитонит 93 беморда "кичик" шикастланишлар (ўт халта ётоғидаги аберант жигар-ўт халта йўллари - Люшка йўллари, ўт халта чўлтоғининг етишмовчилиги, холедохдан дренажнинг тушиши) ва магистрал ўт йўлларида шикастланиши "катта" жароҳатлар. ХЭ дан кейин сафро оқиши кузатишган беморларда консерватив ва диагностик тактикани такомиллаштириш асосий гуруҳда даволаш натижаларини сезиларли даражада яхшилаш имконини берди, бу ерда операциядан кейинги даврда асоратлар 8,1% ни ташкил этди, узоқ муддатли даврда-5,4%, ўлим кузатилмади (таққослаш гуруҳида - мос равишида 17,8% ва 14,2%, ўлим - 3,6%).

Калит сўзлар: холецистэктомия, сафро оқиши, сафроли перитонит, жарроҳлик тактикаси.

Abstract. This study analyses the results of surgical treatment of 5247 patients with various forms of cholelithiasis. We observed biliary leakage and biliary peritonitis in the postoperative period in 93 patients due to "minor" damages (aberrant hepatic and urinary ducts of the gallbladder bed - Luschka's passages, leaky stumps of the gallbladder duct, drainage falling out of the choledoch) and damages of the main bile ducts ("major" damages). Improvement of treatment and diagnostic tactics in patients with bile leak after CE significantly improved treatment results in the main group, where we observed early postoperative complications in 8,1%, late postoperative complications in 5,4% with no lethal cases registered (in the comparison group - 17,8% and 14,2% correspondently, mortality - 3,6%).

Keywords: cholecystectomy, bile leakage, biliary peritonitis, surgical tactics.

Актуальность. В настоящее время в мире выполняют более 2,5 млн холецистэктомий в год. Миниинвазивные операции - лапароскопические или открытые из минидоступа – давно стали «золотым стандартом» хирургии и рационально дополняют друг друга. Вместе тем, частота осложнений после этих вмешательств остается стабильной и недопустимо высокой и составляет, по данным разных авторов 1,5-6,8% [2, 3, 5, 8, 9, 12, 13,

16]. Частота наружного и внутрибрюшного желчеистечения после различных видов холецистэктомии составляет 0,53-6,3%. Несмотря на современные достижения хирургии проблема послеоперационного желчеистечения и желчного перитонита после холецистэктомии остается одной из самых сложных проблем для решения. Среди осложнений хирургического вмешательства после операции на желчных путях выделение желчи в

раннем послеоперационном периоде следует рассматривать как самостоятельную проблему, поскольку оно имеет очень серьезные последствия и опасно для жизни [1, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 17].

Основными причинами послеоперационного желчеистечения и желчного перитонита могут быть как «малые» повреждения - несостоятельность культи пузырного протока, aberrантные печеночно-пузырные протоки ложа желчного пузыря – ходы Люшка, выпадение дренажа из гепатикохоледоха, так и «большие» повреждения - ятрогенные травмы магистральных желчных протоков [5].

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных ЖКБ, у которых после операции развилось желчеистечение и желчный перитонит, применением релапароскопии, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств, пункционных методов под контролем УЗИ для снижения числа повторных лапаротомных операций.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов обследования и лечения 5247 пациентов с ЖКБ, оперированных в 2000-2019 гг. У 93 из которых в раннем послеоперационном периоде после ХЭ наступило билиарное осложнение – желчеистечение. Клиника данного осложнения характеризовалась наружным желчеистечением у 71 больного (56,7%) и у 22 (43,3%) – желчеистечением в брюшную полость.

Выделили 3 степени послеоперационного желчеистечения по L.Morgenstern (2006) Желчеистечение I степени – до 100 мл / сутки по дренажу из брюшной полости или отграниченное скопление жидкости в ложе желчного пузыря объёмом менее 100 мл при УЗИ выявлено у 33 больных (35,4%). Желчеистечение II степени – до 500 мл / сутки по дренажу или свободная жидкость над и под печенью при УЗИ выявлено у 29 больных (31,1%). Желчеистечение III степени – более 500 мл / сутки по дренажу или свободная жидкость в 3 и более областях брюшной полости выявлено у 31 больного (33,3%).

Источником послеоперационного желчеистечения в 12 наблюдениях были дополнительные (aberrантные) желчные протоки (ходы Люшка) в ложе желчного пузыря, в 13 наблюдениях – несостоятельность культи пузырного протока вследствие соскальзывания клипс, у 5 пациентов ЖИ из дефекта в стенке гепатикохоледоха вследствие самопроизвольного выпадения установленного дренажа из гепатикохоледоха, в 31 – ятрогенные повреждения магистральных желчных протоков. В 32 наблюдениях источник желчеистечения не идентифицирован, вследствие его самостоятельного прекращения при консервативной терапии.

Желчеистечение наблюдалось после ЛХЭ – 2,1% (43), ХЭ из минилапаротомного доступа 1,1% (29), ХЭ из лапаротомного доступа – 2,4% (12 больных), 9 больных с данным осложнением переведены к нам из других стационаров.

Средний возраст пациентов с желчеистечением после ХЭ составил 49 ± 5,1 лет – лица наиболее трудоспособного возраста, мужчин – 23 и женщин – 70, то есть соотношение 1:3, хотя в гендерной структуре оперированных больных с ЖКБ это соотношение составляло 1:6, что подтверждает литературные данные о сложностях выполнения ХЭ у лиц мужского пола.

64 (68,8%) из 93 больных с желчеистечением поступили в стационар и оперированы по ургентным показаниям по поводу острого деструктивного холецистита, 29 (31,2%) - по поводу хронического калькулёзного холецистита. Желчеистечение наблюдалось более чем в 2 раза чаще после экстренных операций, нежели после плановых.

При желчеистечении после ХЭ в раннем послеоперационном периоде всем больным выполняли УЗИ (93), по показаниям РПХГ (24), фистулохолангиографию (14), интраоперационную холангиографию (14), МРПХГ (13), релапароскопию (12).

В соответствии с задачами исследования больные разделены на сравнимые группы исследования: основную группу составили 37 больных с желчеистечением и желчным перитонитом после ХЭ, оперированные в период 2010-2019 гг., группу сравнения – 56 больных, оперированных в 2000-2009 гг.

При желчеистечении I степени в гр. сравнения (19 больных) 7 больным произведена реканализация контрапертуры с дренированием подпеченочной области. 3 больным – релапароскопия, в 1 случае источником желчеистечения признан aberrантный желчный проток, который клипирован, в 2 наблюдениях источник желчеистечения не установлен. 2 больным проведено релапаротомия, где причиной внутрибрюшного желчеистечения в 1 наблюдении явилось выпадение дренажа из культи пузырного протока, еще в 1 наблюдении источник желчеистечения не установлен. У 7 больных желчеистечение самостоятельно прекратилось на 4-10 сутки после операции.

При желчеистечении II степени в группе сравнения (17 больных) вследствие несостоятельности культи пузырного протока из 8 больных 3 после ЛХЭ проведена релапароскопия с повторным клипированием пузырного протока. 2 больным с самопроизвольным выпадением дренажа из ГХ так же произведена релапаротомия с повторным дренированием общего желчного протока. 7 больным с желчеистечением из aberrантных желчных протоков ложа желчного пузыря истече-

ние желчи остановлено при релапароскопии – 3, релапаротомии – 4. У 2 больных причиной несостоятельности культи пузырного протока явился холедохолитиаз и билиарная гипертензия, им проведена релапаротомия с холедохолитотомией и дренированием холедоха. Еще 3 больным с желчным перитонитом вследствие несостоятельности культи пузырного протока, проведена релапаротомия с перевязкой культи протока и санацией брюшной полости.

Повреждение магистральных желчных протоков явилось причиной желчеистечения III степени у 20 больных группы сравнения, причем 5 из них были переведены из других стационаров с дренажом проксимальной культи печеночного протока. Восстановительные операции проведены в 9 случаях, из них при краевом повреждении гепатикохоледоха 4 больным произведено ушивание дефекта на T-образном дренаже. При полном пересечении гепатикохоледоха билиобилиарный анастомоз наложен 5 больным. 11 больным выполнены реконструктивные операции: 3 наложен гепатикодуоденоанастомоз, 8- гепатикоеюноанастомоз на транспеченочном каркасном дренаже. ГЕА по Ру выполнен 2 больным после выявления полного пересечения гепатикохоледоха. В 6 наблюдениях больным 1 этапом произведено наружное дренирование гепатикохоледоха, затем 2 этапом наложен ГЕА по Ру на ТПКД.

В основной группе (14 больных) 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 течение 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 не установлен. После эндоскопического дренирования билиарной системы желчеистечение у этих больных прекратилось на 2 и 5 сутки.

В основной группе (n=12) с несостоятельностью культи пузырного протока вследствие и холедохолитиаза и билиарной гипертензии с наружным желчеистечением РПХГ с ЭПСТ и наз-

обилиарным дренированием у 2 больных явилось окончательным методом остановки желчеистечения.

В 1 наблюдении у больной с несостоятельностью культи пузырного протока после эндоскопического трансдуоденального вмешательства желчеистечение не купировалось, больной произведено релапароскопия и клипирование пузырного протока. Также при желчеистечении у 3 больных из аберрантных желчных протоков произведено их клипирование при релапароскопии, 1 с перитонитом – при релапаротомии. Релапаротомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха и санаций брюшной полости произведено 1 пациентке с желчным перитонитом.

При повреждении магистральных желчных протоков желчеистечение III степени в основной группе наблюдалось у 11 больных. Из них 4 поступили из других стационаров с установленным дренажом в проксимальной культе поврежденного печеночного протока. 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 интраоперационно, 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 ББА. У 3 больных при краевом повреждении не более чем на 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 при желчеистечении первой степени показало, что в 2/3 наблюдений больным проведены повторные хирургические вмешательства, а консервативная терапия проводилась лишь в 36,9% наблюдений. Прямо противоположные результаты получены в основной группе, где специальные эндоскопические и диапевтические методы позволили избежать повторной хирургической операций у 35,7% больных, а у остальных 2/3 эффективной была консервативная терапия.

Коррекцию желчеистечения II степени в группе сравнения (17 больных) в 100% случаев производили посредством повторного хирургического вмешательства – релапаротомии (11) и релапароскопии (6). Усовершенствование лечебно-диагностической тактики ведения больных в основной группе (12 больных) с использованием эндоскопических трансдуоденальных вмешательств позволило остановить наружное желче-

истечение у 6 (50%) больных. Релапароскопия позволила устранить причину желчного перитонита в 4 наблюдениях и лишь 2 больным (16,6%) потребовалась релапаротомия.

Таким образом, внедрение миниинвазивных методов коррекции наружного и внутрибрюшного желчеистечения как трансдуоденальные эндоскопические вмешательства, пункции брюшной полости под контролем УЗИ, лапароскопия, а также активная консервативная терапия с ежедневным УЗИ мониторингом позволили у больных с «малыми» повреждениями желчных протоков отказаться от повторной лапаротомии у 92,4% больных. Релапаротомия произведена лишь у 2 больных.

Сравнительный анализ результатов лечения в группе больных с желчеистечением III степени, причиной которых явились повреждения магистральных желчных протоков доказало эффективность высокого ГЕА по Ру с использованием прецизионной техники. У всех 3 больных отмечены хорошие результаты в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Выполнение ГЕА на ТПКД (выполнен у 4 больных основной группы и 8 – группы сравнения) безусловно оправдано при наложении билиодигестивного анастомоза в условиях инфильтративных нарушений в стенке протока и высоком гилосном (уровень 0, -1) повреждении. Сменный транспеченочный дренаж, на котором формируется ГЕА, крайне необходим при выше указанных ситуациях и выручает хирурга. Однако неудобства для больного, значительное снижение его трудоспособности, связанные с необходимостью длительного ношения дренажных трубок (до 2х лет) снижает ценность методики. ББА (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 после ХЭ в группе сравнения наблюдали у 10 больных (17,8%): - желчный перитонит (3 больных); - формирование подпеченочного и поддиафрагмального абсцесса (3 больных); - нагноение послеоперационной раны (4 больных). Из них 2 (3,6%) умерли. Причиной смерти в обоих наблюдениях явилась острая почечно – печеночная недостаточность на фоне септического состояния.

В основной группе после хирургической коррекции желчеистечения после ХЭ осложнения наблюдались у 3 больных (8,1%). В 2 наблюдениях имелись гнойно – септические осложнения, в 1 – острый панкреатит после эндоскопической па-

пиллосфинктеротомии. Летальность в основной группе не наблюдалось.

В отдаленном послеоперационном периоде в группе сравнения у 8 больных (14,7%) развились рубцовые стриктуры ГХ или ранее наложенного БДА сопровождавшийся клиникой холангита. Причем, 3 из них повторно оперированы – им наложен ГЕА по Ру. В основной группе в отдаленном периоде стриктура ГХ наблюдалось у 2 больных (5,4%) – 1 после наложения ББА и еще 1 после ушивания травмы общего печеночного протока на Т – образном дренаже. Общим больным произведены реконструктивные операции – ГЕА по Ру.

Следует отметить, что наружное и внутрибрюшное желчеистечение значительно удлиняло сроки лечения больных. Средние сроки стационарного лечения больных после ХЭ составляли 2-7 (3,4± 1.2) суток. В группе сравнения пребывание больных с желчеистечением после ХЭ составляло 15,9±2,3 суток, в основной группе -12,3± 3,1 суток.

Выводы:

1. Наружное и внутрибрюшное желчеистечение после ХЭ составило 1,6% (после ЛХЭ 2,1%) и наступило в 2 раза чаще после экстренных операций по поводу деструктивного холецистита. Причиной желчеистечения у 2/3 больных явились «малые» повреждения – aberrantные печеночно – пузырьные протоки ложа желчного пузыря, несостоятельность культи пузырного протока, выпадение дренажа ГХ и краевое повреждение ОПП, у 1/3 больных «большие» повреждения - пересечение и иссечение ГХ.

2. Лечебно диагностический алгоритм для выявления источника желчеистечения и его коррекции должен включать УЗИ мониторинг и диапевтические методы при желчеистечении I ст., трансдуоденальные эндоскопические вмешательства и релапароскопию при желчеистечении II ст., МРПХГ и реконструктивные операции при III ст.

3. Применение в основной группе миниинвазивных эндоскопических трансдуоденальных вмешательств, диапевтических методов и лапароскопии, а также активной консервативной терапии позволили у больных с желчеистечением I и II ст. («малые» повреждения) избежать релапаротомии у 92,4% больных.

4. При желчеистечении III степени («большие» повреждения) лучшие результаты получены при наложении высокого ГЕА по Ру с использованием прецизионной техники и применением методик Nepp – Coinaud и Cattel. Совершенствование лечебно - диагностической тактики у больных с желчеистечением после ХЭ позволило значительно улучшить результаты лечения в основной группе, где осложнения в ближайшем послеоперационном периоде составили 8,1%, в отда-

ленном периоде – 5,4%, летальность не наблюдалась (в гр. сравнения – 17,8% и 14,2% соответственно, летальность - 3,6%).

Литература:

1. Алтыев Б.К. и др. // Диагностика и лечение внутрибрюшных осложнений в хирургии желчных путей. // Shoshilinch tibbiyot axborotnomasi.-2012.-№4 – С.73-78.
2. Бебуришвили А.Г. и др. // Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение // Анналы хирургической гепатологии.- 2009.- №14(3)-С. 18-21.
3. Бойко В.В. и др.// Лечение желчеистечений после лапароскопической холецистэктомии. // Kharkiv surgical school. – 2009.-№2-С. 75 – 77.
4. Быстров С.А., Жуков Б.Н. // Хирургическая тактика при желчеистечении после миниинвазивной холецистэктомии // Медицинский альманах.-2012.-/№1-С.90-93.
5. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. // Свежие повреждения желчных протоков // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова./ – 2010./– №10.– С. 4 – 10.
6. Катанов Е.С. и др. // Билиарные осложнения после холецистэктомии. // Actamedica Eurasica.-2016.-№1.-С.14-22.
7. Колесников С.А. и др. // Хирургическая тактика при повреждениях внепеченочных и магистральных внутрипеченочных желчных протоков в результате малоинвазивных холецистэктомий // Научные ведомости.-2015.- №10.-Выпуск 30.-С.39-43.
8. Красильников Д.М., и др. // Осложнения при лапароскопической холецистэктомии // Практическая медицина. 2016.-№4.-С.110-113.
9. Кузин Н.М. и др. // Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия: сравнение непосредственных результатов. // Хирургия.-2006.-Т.2.-С.25-27.
- 10.Назирова Ф.Г. и др. // Повреждение аберрантных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. // Shoshilinch tibbiyot axborotnomasi. – 2019. – №12. – С. 11 – 15.
- 11.Соколов А.А. и др. // Диагностика и лечение желчеистечения в ранние сроки после холецистэктомии. // Сибирский медицинский журнал. – 2009. – №6. –С. 143 – 146.

- 12.Balla A. et. al. Atom Classification of Bile Duct Injuries During Laparoscopic Cholecystectomy: Analysis of a Single Institution Experience. J Laparosc Adv Surg Tech 2019.-№29(2).- P.206-212.
- 13.Bretucu E. et al. // Late choledochal pathology after cholecystectomy for cholelithiasis. // Chirurgia(Bucur). - 2006. - May-Jun., Vol. 101(3).-P. 289-295.
- 14.Ekmakcigil E. et.al. Management of iatrogenic bile duct injuries: Multiple logistic regression analysis of predictive factors affecting morbidity and mortality. Turk J Surg 2018.-№28.- P.1-7.
- 15.Kotecha K. et.al. Modified Longmire procedure: a novel approach to bile duct injury repair. ANZ J Surg 2019.-89(11) :E554-E555.
- 16.Martinez-Mier G. 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.
- 17.Song.S., Jo S. Peritonitis from injury of an aberrant subvesical bile duct during laparoscopic cholecystectomy: A rare case report. Clin Case Rep 2018.-6(9).- P. 1677-1680.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ И ЖЕЛЧНЫЙ ПЕРИТОНИТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Баратов М.Б., Аскарров П.А., Давлатов С.С., Салохиддинов Ж.С.

Резюме. В работе проведен анализ результатов хирургического лечения 5247 пациентов по поводу различных форм ЖКБ. Желчеистечение и желчный перитонит в послеоперационном периоде наблюдали у 93 больных вследствие «малых» повреждений (аберрантные печеночно-пузырные протоки ложа желчного пузыря - ходы Люшка, негерметичность культи пузырного протока, выпадение дренажа из холедоха) и повреждений магистральных желчных протоков («большие» повреждения.) Совершенствование лечебно - диагностической тактики у больных с желчеистечением после ХЭ позволило значительно улучшить результаты лечения в основной группе, где осложнения в ближайшем послеоперационном периоде составили 8,1%, в отдаленном периоде – 5,4%, летальность не наблюдалась (в гр. сравнения – 17,8% и 14,2% соответственно, летальность - 3,6%).

Ключевые слова: холецистэктомия, желчеистечение, желчный перитонит, хирургическая тактика.