

IMPROVEMENT OF SURGICAL TACTICS IN THE CORRECTION OF BILE LEAKAGE AFTER CHOLECYSTECTOMY USING MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES

Arziev I.A. (Republic of Uzbekistan) Email: Arziev578/@scientifictext.ru

Arziev Ismoil Alievich – Assistant,
DEPARTMENT OF SURGICAL DISEASES № 1,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE,
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: the paper analyzes the results of surgical treatment of 3161 patients for various forms of gallstone disease. Bile leakage in the postoperative period was observed in 26 patients due to "minor" injuries (aberrant hepatocystic ducts of the gallbladder bed - Lyushka's passages, leaks of the cystic duct stump). The developed surgical tactics, based on ultrasound and RPHG data, allows to improve treatment results and avoid laparotomy in 92.4% of patients.

Keywords: cholecystectomy, bile leakage, surgical tactics.

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

Арзиев И.А. (Республика Узбекистан)

Арзиев Исмоил Алиевич – ассистент,
кафедра хирургических болезней № 1,
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.

Ключевые слова: холецистэктомия, желчеистечение, хирургическая тактика.

УДК 612.357(616.366-089.87)

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, 10, 11, 14, 16, 17, 19]. 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 [3, 5, 18].

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 – 2019 гг. 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 $49 \pm 5,1$ лет. 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 aberrантные печеночно – пузырьные протоки ложа желчного пузыря (ходы Люшка) - 4, несостоятельность культы 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 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 оказалась несостоятельность культы 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 лапароскопия с дополнительной электрокоагуляцией ложа желчного пузыря, клипирование ходов Люшка или несостоятельной культы 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:

1. Ультразвуковое исследование способствует выбору адекватной хирургической тактики при желчеистечении.
2. 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.
3. Применение миниинвазивных эндоскопических трансдуоденальных вмешательств, диаплевтических методов и лапароскопии, а также активной консервативной терапии позволили у больных с «малыми» повреждениями желчных протоков после ХЭ избежать лапаротомии у 92,4% больных.

Список литературы / References

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). С. 13-26.
2. Аскаров 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.
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., Рахмонов К.Э., Давлатов С.С.* Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии // Материалы пленума правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Челябинск. 14-15 апреля, 2016. С. 13-15.
 5. *Давлатов С.С., Рахматова Л.* Причины повреждений внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии и их профилактика. // «Актуальные вопросы медицины» Материалы конференции. Ургенч, 2009. С. 37-38.
 6. *Давлатов С.С., Рахматова Л., Марданов Ж.Н., Очилова Н.* Применение малоинвазивных хирургических вмешательств при сочетанной патологии органов малого таза, щитовидной железы и желчекаменной болезни // Сборник научных трудов одарённых студентов СамМИ. 29 мая, 2009. С. 95.
 7. *Давлатов С.С., Аскарлов П.А.* Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии. Молодой организатор здравоохранения: сб. науч. ст. студентов и молодых учёных, посвящ. памяти проф. В.К. Сологуба / Отв. ред. И.П. Артюхов. Красноярск: тип. КрасГМУ. Версо, 2013. С. 68-74.
 8. *Давлатов С.С., Аскарлов П.А.* Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии // Сборник материалов 77-ой итоговой студенческой научно-практической конференции с международным участием. Красноярск. 23-26 апреля, 2013. С. 270-273.
 9. *Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Гозибеков Ж., Махмудова А.Ш.* Применение малоинвазивных хирургических вмешательств при сочетанной патологии органов малого таза, щитовидной железы и желчекаменной болезни // Научные труды Московской медицинской академии имени Сеченова. Москва, 2008. С. 200.
 10. *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.
 11. *Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Саидмуродов К.Б., Зайниев А.Ф.* Факторный анализ результатов хирургического лечения повреждений желчных протоков // Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ 4-7 апреля, 2017. Москва. ISSN 2075-6895. С. 383-384.
 12. *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. Ташкент, 2012. №7(135). С. 13.
 13. *Курбаниязов З.Б., Зайниев А.Ф., Рахматова Л.Т., Саидмуродов К.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Хирургический подход к лечению больных с посттравматическими рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков // «Академический журнал Западной Сибири», 2013. № 2 (45). Том 9. С. 14.
 14. *Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* «Свежие» повреждения внепеченочных желчных протоков // Проблемы биологии и медицины, 2014. № 2. (78). С. 95-103.
 15. *Курбаниязов З.Б., Саидмуродов К.Б., Давлатов С.С., Холбутаев О.И.* Посттравматические рубцовые стриктуры магистральных желчных протоков // Проблемы биологии и медицины, 2013. № 2 (73). С. 102-113.
 16. *Саидмуродов К.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Зайниев А.Ф.* Оптимизация хирургического лечения посттравматических рубцовых стриктур магистральных желчных протоков // Материалы XVII Международного конгресса студентов и молодых ученых. Тернополь. 22-24 апреля, 2013. С. 80.
 17. *Саидмуродов К.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Зайниев А.Ф.* Хирургическое лечение посттравматических рубцовых стриктур магистральных желчных протоков // Сборник научных работ студентов и молодых ученых Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Ярославль. 24 - 26 апреля, 2013. С. 202.
 18. *Саидмуродов К.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Выбор метода операции больных с посттравматическими рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков // Сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции молодых ученых “XXI век – век интеллектуальной молодежи”. Ташкент, 2012. С. 83-84.
 19. *Davlatov S., Rakhmanov K., Qurbonov N., Vafayeva I. & Abduraxmanov D.* (2020). Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review) // International Journal of Pharmaceutical Research. 12. P. 1931-1939. DOI:<https://doi.org/10.31838/ijpr/2020.SP2.340>.