



Давлатов Салим Сулаймонович

PhD, доцент кафедры хирургических болезней №1,
Самаркандский государственный медицинский институт.
Самарканд, Узбекистан.

Рахманов Косим Эрданович

PhD, ассистент кафедры хирургических болезней №1,
Самаркандский государственный медицинский институт.
Самарканд, Узбекистан

Сайдуллаев Зайниддин Яхшибоевич

ассистент кафедры общей хирургии,
Самаркандский государственный медицинский институт.
Самарканд, Узбекистан

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

For citation: Davlatov Salim Sulaymonovich, Rakhmanov Kosim Erdanovich, Saydullaev Zayniddin Yakhiboevich. Algorithm for the management of patients with bile duct after cholecystectomy. Journal of hepato-gastroenterology research. 2020, vol. 1, issue 1, pp.23-27



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2020-1-6>

АННОТАЦИЯ

Актуальность темы. Холецистэктомия (ХЭ) является наиболее распространенной операцией, и количество холецистэктомий, проводимых ежегодно, превышает 500 тысяч. Цель исследования. Оптимизация диагностической и хирургической тактики у пациентов с желчевыводящими путями после холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде путем внедрения современных методов диагностики и малоинвазивного лечения. Материал и методы исследования. Проанализированы результаты хирургического лечения 2268 пациентов, перенесших холецистэктомию в 1-й поликлинике Самаркандского государственного медицинского института в период 2010-2019 гг. Результаты исследования. После дифференцированного курса лечения среди 52 пациентов с желчевыводящими путями различные осложнения в раннем послеоперационном периоде были отмечены у 5,8% пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде стриктуры поджелудочной железы и артериальная гипертензия наблюдались у 7,6% пациентов. Выводы. Ультразвук является первоначальным методом диагностики послеоперационного оттока желчи. При желчном протоке 1 степени, отсутствии признаков раздражения брюшины и симптомов интоксикации необходимо придерживаться тактики активного динамического наблюдения. При утечке желчи 2–3 степени показано повторное вмешательство - лапароскопия, лапаротомия.

Ключевые слова: желчный пузырь, холецистэктомия, осложнение, желчеистечение, релапаротомия, алгоритм.

Davlatov Salim Sulaymonovich

PhD, 1-sonli jarrohlik kasalliklari kafedrası dotsenti,
Samarqand davlat tibbiyot instituti.
Samarqand, O'zbekiston.

Raxmanov Qosim Erdanovich

PhD, 1-sonli jarrohlik kasalliklari kafedrası assistenti
Samarqand davlat tibbiyot instituti.
Samarqand, O'zbekiston

Saidullaev Zainiddin Yaxshiboevich

Umumiy jarrohlik kafedrası assistenti,
Samarqand davlat tibbiyot instituti.
Samarqand, O'zbekiston

ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯДАН KEYINGI O'T OQISHI BILAN BO'LGAN BEMORLARNI YURITISH ALGORITMI

ANNOTASIYA

Dalzarbligi mausuning. Xoletsistektomiya eng ko'p bajariladigan operatsiya bo'lib, har yili 500 mingdan oshiq xoletsistektomiya o'tkaziladi. Tadqiqotning maqsadi. Xoletsistektomiyadan keyin erta operatsiyadan keyingi davrda u bilan birga bemorlarda, tashxislash va minimal invaziv davolanish usullarini tadbiri qilingan holatda, tashxislash va jarroh taktikasini optimal davolash. Tadqiqot materiallari va usullari. 2010-2019 yy.da Samargand davlat tibbiyot 1 ta klinikasida 1 ta klinikada xoletsistektomiya o'tqazilgan 2268 nafar bemorlarning zararli davolanish natijalari yaxshilangan. Tadqiq natijalari. Davolashning differentsial kursidan keyin va undan keyin bemorlarning 52 nafarida erta operatsiyadan keyingi davrdagi asoratlar 5,8% ga ko'zildi. Keyingi kechki mudratlarda oskozon osti bezining torayishi va arterial gipertenziya bo'yicha o'tkazilgan operatsiya 7.6% bemorlarda kuzatildi. Xulosalar. Ultratovush operatsiyasidan keyingisiga qaraganda birinchi marta tashxislash usuli to'g'ri yo'naltirilgan. Menga uning yillarida, qorin bo'shlig'ida Ta'riflanish simptomlari, amda intoksikatsiya belgilari bulmaganida faol dinamikasi kuzatish mumkin. Osh 2-3 darajasida xayta amaliyoti - laparoskopiya, qo'shsamaning laparotomiyasi.

Kalit so'zlar: uning teshilishi, xoletsistektomiya, asorat, utishi, relaparotomiya, algoritmi.

Davlatov Salim Sulaimonovich

PhD, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1,
Samarkand State Medical Institute.
Samarkand, Uzbekistan.

Rakhmanov Kosim Erdanovich

PhD, Assistant of the Department of Surgical Diseases No. 1,
Samarkand State Medical Institute.
Samarkand, Uzbekistan

Saidullaev Zainiddin Yakhshiboevich

Assistant at the Department of General Surgery,
Samarkand State Medical Institute.
Samarkand, Uzbekistan

ALGORITHM FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH BILE DUCT AFTER CHOLECYSTECTOMY

ABSTRACT

Relevance. Cholecystectomy is the most frequent operation, and the number of cholecystectomies performed annually exceeds 500 thousand. Purpose of the study. To optimize diagnostic and surgical tactics in patients with bile duct after cholecystectomy in the early postoperative period by introducing modern diagnostic and minimally invasive treatment methods. Material and research methods. We analyzed the results of surgical treatment of 2268 patients who underwent cholecystectomy in the 1st clinic of the Samarkand State Medical Institute in the period 2010-2019. The results of the study. After the differentiated course of treatment among 52 patients with bile leakage, various complications in the early postoperative period were noted in 5.8% of patients. In the long-term postoperative period, strictures of the pancreas and arterial hypertension were observed in 7.6% of patients. Findings. Ultrasound is the initial method for diagnosing postoperative bile flow. With bile duct 1 degree, the absence of signs of peritoneal irritation and intoxication symptoms, it is necessary to adhere to the tactics of active dynamic observation. With bile ducts of the 2nd to 3rd degree, repeated intervention is indicated - laparoscopy, laparotomy.

Key words: gall bladder, cholecystectomy, complication, bile leakage, relaparotomy, algorithm.

Актуальность темы. Холецистэктомия (ХЭ) является наиболее распространенной операцией, и количество холецистэктомий, проводимых ежегодно, превышает 500 тысяч [5, 8].

Одним из ведущих мест в структуре ранних послеоперационных осложнений после холецистэктомии является отток желчи, который следует рассматривать как самостоятельную проблему. Отток желчи после выполнения холецистэктомии наблюдается примерно в 0,5% случаев [3, 6, 7]. Этот показатель увеличивается до 1-1,2% при использовании лапароскопической техники для удаления желчного пузыря, а также в случаях конверсии, когда возникают трудности и осложнения во время хирургического вмешательства [1, 2].

После открытой холецистэктомии утечка желчи наблюдается в 5-15% случаев, после холецистэктомии из мини-доступа, в 3,6%, после лапароскопической холецистэктомии, в 2-5% случаев [3, 4, 9, 10, 11].

Не существует единой доктрины в диагностической и хирургической тактике, а также в профилактике оттока желчи на ранних стадиях после холецистэктомии, несмотря на улучшение ультразвукового, рентгенологического и эндоскопического методов.

Внедрение методов ультразвуковой диагностики и лапароскопии в клиническую практику обуславливает необходимость разработки новой лечебно-диагностической тактики ведения больных с желчевыводящими путями на ранних стадиях после холецистэктомии.

Цель исследования. Оптимизация диагностической и хирургической тактики у пациентов с желчевыводящими путями после холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде путем внедрения современных методов диагностики и малоинвазивного лечения.

Материал и методы исследования.

Проанализированы результаты хирургического лечения 2268 пациентов, перенесших холецистэктомию в 1-й поликлинике Самаркандского государственного медицинского института в период 2010-2019 гг. Из них 967 пациентов перенесли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), 874 пациента перенесли холецистэктомию с мини-доступом (МЛХЭ), и 427 пациентов перенесли открытую холецистэктомию (ОХЭ).

Утечка желчи в раннем послеоперационном периоде наблюдалась у 52 (2,3%) пациентов. После ЛХЭ утечка желчи была диагностирована у 34 (3,5%) пациентов, МЛХЭ у 10 (1,1%) и ОХЭ у 8 (1,9%) пациентов.

Модифицированная классификация L. Morgenstern (2006) была использована для оценки послеоперационной утечки желчи. Утечка желчи I степени (до 100 мл / сут при брюшном дренаже или ограниченном скоплении жидкости в ложе периметра желчного пузыря до 5 см при УЗИ) выявлена у 21 (33,68%) пациента, II степень (100-500) мл / день для дренажа или свободной жидкости над и под печенью во время ультразвука - у 19 (50,52%) пациентов, степень III (более 500 мл / день для дренажа и свободной жидкости в 3 или более областях брюшной полости) - у 12 (15, 78%) пациентов.

У 36 (69,2%) пациентов источниками послеоперационных желчных протоков были «мелкие» и «крупные» повреждения желчных протоков по данным P. Neuhaus (2000). У 16 (30,8%) пациентов источник оттока желчи в послеоперационном периоде не выявлен.

Дифференциально-тематические характеристики - наличие желаемых протоков и источников желчных протоков. Основным методом диагностики является УЗИ. Если дренаж установлен в желательных протоках, фистулохолангиография может быть выполнена. По данным дренажа, клинических признаков желчевыводящих путей и наличия свободных жидкостей в брюшной полости по данным УЗИ, лапароскопия необходима для установления источника желчных протоков и выполнения медицинских процедур. При неизвестном источнике желчных протоков, поврежденных магистральных желчных протоках необходима лапаротомия.

Патогенетически обоснованным методом лечения послеоперационного желчеистечения является декомпрессия билиарной системы (табл. 1).

Таблица 1.

Виды выполненных вмешательств при «малых» повреждениях желчных протоков в зависимости от источника и степени желчеистечения

Источники желчеистечений после ХЭ (по P. Neuhaus)		Степень желчеистечения (по L. Morgenstern)		Виды выполненных вмешательств	Всего
Периферическое малое желчеистечение:	A ₁ - несостоятельность культи пузырного протока	I	3	релапароскопия санация подпеченочной области и дополнительное клипирование	3

				культи пузырного протока			
				II	1 2	ЭПСТ с холедохолитоз кстракцией	2
						лапаротомия дренирование холедоха по Вишневскому	3
						релапароскопи я санация подпеченочно й области и дополнительн ое клипирование культи пузырного протока	7
A ₂ - дополните льный проток в ложе желчного пузыря.	I	2	Релапароскопи я, санация и дренирование подпеченочно й области	2			
	II	5	клипирование добавочных протоков 1-2 клипсами, санация брюшной полости, дренирование ложи пузыря	5			
Тангенци альное (краевое) острое поврежде ние:	C ₁ - малое рассечени е (<5мм)	II	2	ушивание и дренирование ГХ на дренаже Кера	2		
Источник желчеистечения не выявлен		I	1 6	консервативно е лечение	12		
				пункция под контролем УЗИ с аспирацией содержимого	4		
Всего		40		40			

Таким образом, тактику активного динамического мониторинга с обязательным ультразвуковым мониторингом контролировали 12 (23,1%) пациентов (ЛХЭ - 6, МЛХЭ - 4, ОХЭ - 2). Пункция и дренирование подпеченочной области проводились в 32,7% случаев, а пункция билотомы под контролем ультразвука - в 7,7% случаев. Утечка желчи из культи пузырного протока после холецистэктомии, требующая декомпрессии желчных протоков, развивалась в 13,5% случаев.

Желчный проток III степени (по данным Л. Моргенштерна) выявлен у 12 пациентов. По данным ультразвуковой и диагностической лапароскопии у всех пациентов причиной утечки желчи стало «большое» повреждение главных желчных протоков. Всем пациентам была проведена реконструктивная операция с открытым широким доступом.

Результаты исследования. После дифференцированного курса лечения среди 52 пациентов с утечкой желчи различные осложнения в раннем послеоперационном периоде были отмечены у 3 (5,8%) пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде стриктура поджелудочной железы и артериальная гипертензия наблюдались у 4 (7,6%) пациентов.

Эффективность лечения небольших повреждений желчных протоков оценивалась нами на основании прекращения оттока желчи через дренаж брюшной полости. Состояние брюшной полости оценивалось во время контрольных ультразвуковых исследований. Отсутствие жидкости в правом подпеченочном пространстве служило признаком закрытия отверстия в желчных протоках, через которое проходил поток желчи. В 39 из 40 случаев у пациентов с утечкой желчи был положительный эффект, то есть эффективность консервативных и хирургических вмешательств составила 97,5%. У 1 (2,5%) пациента после ЭПСТ наблюдалось кровотечение из слизистой двенадцатиперстной кишки, которое было остановлено коагуляцией слизистой оболочки. В отдаленном послеоперационном периоде стриктура БДС у этого пациента не наблюдалась.

В отдаленном послеоперационном периоде 6 (15% из 40) пациентов с «незначительными» повреждениями желчных протоков находились под нашим наблюдением в течение 5 лет, и никакого постхолецистэктомического синдрома отмечено не было.

Среди 12 оперированных пациентов, в отношении «крупных» повреждений МЖП, осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 2 (16,7%) пациентов. В них отмечены частичная несостоятельность БДА и утечка желчи через дренаж. В обоих случаях отток желчи прекратился сам по себе через 10-12 дней после операции.

Из 12 пациентов, перенесших одно- и двухэтапное хирургическое вмешательство, отдаленные результаты хирургического лечения были оценены у 9 (75,0%). Сроки наблюдения за больными колебались от 1 до 6 лет. У 5 (55,5%) пациентов отмечен удовлетворительный результат из 9 пациентов, прослеженных в отдаленном периоде. В 4 (44,5%) случаях были выявлены рубцовые стриктуры желчного протока и БДА. 3 пациентам с НерДА периодически проводятся рентгенологические

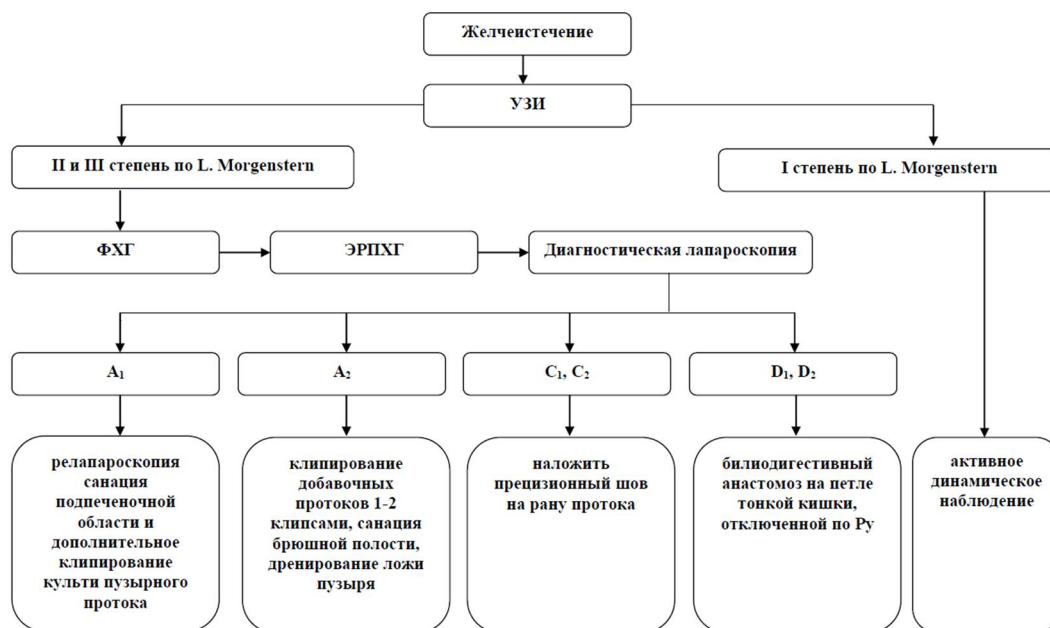
эндобилиарные вмешательства из-за рецидивирующего холангита и стеноза БДА. После реконструктивной операции у 1 пациентки возникла рубцовая стриктура

желчного протока, и ей потребовалось второе вмешательство - НерЕА применялся в соответствии с Ру.

Анализируя выше изложенные данные нами разработан лечебно-диагностический алгоритм при желчеистечении в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии:

- Для диагностики источника желчеистечения в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии необходимы неинвазивные методы обследования УЗИ и инвазивные- ЭРХПГ, ФХГ, диагностическая лапароскопия.
- При диагностике повреждения добавочных протоков в ложе желчного пузыря, пузырного протока, пристеночного ранения МЖП (типа A₁, A₂ и C₁, C₂ по P. Neuhaus) необходимо клипировать или лигировать добавочные протоки, культю пузырного протока, наложить прецизионный шов на рану протока. Дренировать брюшную полость.
- В случае повреждения МЭП типов D₁ и D₂ на петле тонкой кишки показан билиодигестивный анастомоз, отсоединенный в соответствии с Ру с использованием прецизионной техники и алитогенного шовного материала. При отсутствии хирурга, имеющего опыт выполнения реконструктивных операций на желчных протоках, необходимо перевести его в специализированное отделение или вызвать специалиста на себя, сначала опорожнить протоки и брюшную полость.
- При перитоните и тяжелых воспалительно-инфильтративных изменениях в гепатодуоденальной области показан наружный дренаж протоков или брюшной полости. Лечение до образования наружного желчного свища и стихании воспалительно-инфильтративных процессов (1,5-3 месяца) (рис. 1.).

Рис. 1. Лечебно-диагностический алгоритм при желчеистечении в раннем послеоперационном периоде.



Выводы: Частота желчеистечения после холецистэктомии составляет 2,3% (после ОХЭ – 1,9%, после ЛХЭ – 3,5%, после МХЭ – 1,1%). Источниками

послеоперационного желчеистечения в 54,72% наблюдений были «малые» повреждения желчных протоков и 25,26% случаях – повреждение магистральных желчных протоков. В 20,02% случаях источник не установлен.

Ультразвук является первоначальным методом диагностики послеоперационного оттока желчи.

При желчном протоке 1 степени, отсутствии признаков раздражения брюшины и симптомов интоксикации необходимо придерживаться тактики активного динамического наблюдения. При утечке желчи 2 - 3 степени показано повторное вмешательство - лапароскопия, лапаротомия.

Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Алтыев Б. К., Хаджибаев Ф. А., Рахимов О. У. Внутривнутрибрюшные осложнения после лапароскопической холецистэктомии //Оказание скорой медицинской и неотложной медицинской помощи раненым и пострадавшим при массовом поступлении. – 2016. – С. 129-129.
2. Бабажанов А. С. и др. Анализ результатов лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии //Science and World. – 2013. – С. 75.
3. Бебуришвили А. Г. и др. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение //Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14. – №. 3. – С. 18-21.
4. Давлатов С. С., Рахманов К. Э. Тактика ведения больных желчеистечением после холецистэктомии //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 13 (97).
5. Куликовский В. Ф. и др. Желчеистечение после холецистэктомии. Опыт применения малоинвазивных методов лечения //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2018. – №. 4. – С. 36-40.
6. Курбанов Д. М., Расулов Н. И., Ашуров А. С. Осложнения лапароскопической холецистэктомии //Новости хирургии. – 2014. – Т. 22. – №. 3.
7. Назыров Ф. Г. и др. Повреждение аберрантных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии //Вестник экстренной медицины. – 2019. – Т. 12. – №. 5.
8. Назыров Ф. Г. и др. Повреждения магистральных желчных протоков (частота причины повреждений, классификация, диагностика и лечение) //Хирургия Узбекистана. – 2011. – №. 4. – С. 66-73.
9. Соколов А. А. и др. Диагностика и лечение желчеистечения в ранние сроки после холецистэктомии //Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2009. – Т. 89. – №. 6.
10. Хаджибаев А. М. и др. роль Эндобилиарных вмешательств в лечении желчеистечений после холецистэктомии //Вестник экстренной медицины. – 2019. – Т. 12. – №. 6.
11. Barband A. R. et al. Relaparoscopy in minor bile leakage after laparoscopic cholecystectomy: an alternative approach? //Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques. – 2011. – Т. 21. – №. 4. – С. 288-291.