

УДК: (615.036.8)-616.361-002-022(616.89-02-089)

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВЕЖИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Ф.Г. НАЗЫРОВ<sup>1</sup>, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ<sup>2</sup>, П.А. АСКАРОВ<sup>2</sup>

1 - ГУ Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Хирургии им. акад. В.Вахидова, Республика Узбекистан, г. Ташкент

2 - Самаркандской Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## ЎТ ЙЎЛЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ АФЗАЛЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Ф.Г. НАЗЫРОВ<sup>1</sup>, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ<sup>2</sup>, П.А. АСКАРОВ<sup>2</sup>

1 - “Академик В. Вохидов номидаги Республика Ихтисослаштирилган Хирургия Илмий-Амалий Тиббиёт Маркази” ДМ, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

2 - Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

## ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF SURGICAL TREATMENT OF FRESH INJURIES TO THE BILETARY DUCTS

F.G. NAZYROV<sup>1</sup>, Z.B. KURBANIAZOV<sup>2</sup>, P.A. ASKAROV<sup>2</sup>

1 - Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named acad. V.Vahidov, Republic of Uzbekistan, Tashkent

2 - Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

*Ҳар хил усулдаги холецистэктомия операцияси вақтида (51 бемор) ва операциядан кейинги даврда (124 бемор) магистрал ўт йўлларининг жароҳати бўлган 175 нафар беморлар хирургик даволаш афзалликларининг баҳоланиши келтирилган. Магистрал ўт йўлларининг жароҳати бўлган беморларда хирургик даволаш усулини танлаш учун таклиф этилган алгоритм операциядан кейинги эрта ва узоқ даврдаги умумий асоратларнинг учрашини 56,3%дан 23,6%гача ва ўлим кўрсаткичини 10,7%дан 4,2%гача пасайишига олиб келди.*

**Калит сўзлар:** Ўт тош касаллиги, холецистэктомия, магистрал ўт йўлларининг жароҳатлари.

*An assessment of the effectiveness of surgical treatment of 175 patients with fresh injuries of the main bile ducts obtained during various cholecystectomy methods revealed intraoperatively (51) and in the early postoperative period (124) is presented. The proposed algorithms for selecting the method of surgical treatment of patients with fresh injuries of the main bile ducts allowed to reduce the overall frequency of postoperative complications in the early and late periods from 56.3% to 23.6% and mortality from 10.7% to 4.2%.*

**Key words:** Gallstone disease, cholecystectomy, fresh injuries of the main bile ducts.

**Актуальность.** В настоящее время частота ятрогенных повреждений желчных протоков после холецистэктомии составляет 0,1-3% [3, 7]. При этом потеря времени, неверно выбранный объем операции при повреждении магистральных желчных протоков (МЖП) приводят к летальному исходу почти в 30% наблюдений [1, 2, 8]. У 12-30% больных, оперированных по поводу ятрогенных травм желчных протоков, в послеоперационном периоде формируются рубцовые стриктуры гепатикохоледоха или наложенных билиодигестивных анастомозов (БДА), что сопровождается стойкой утратой здоровья, трудоспособности и обрекает пациента на повторные операции [5, 6].

Несмотря на успехи, достигнутые в хирургии ятрогенных повреждений желчных протоков, результаты восстановительных и реконструктивных операций малоутешительны. Следствием ятрогенных повреждений протоков являются механическая желтуха, гнойный холангит, неоднократные повторные операции по поводу рубцовых стриктур. Перечисленные последствия способны нанести катастрофический урон здоровью больного и только своевременно и грамотно выполненная операция способна предотвратить разви-

тие таких осложнений как билиарный цирроз, портальная гипертензия, гнойный холангит, печеночная недостаточность.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения больных со свежими повреждениями желчных протоков путем оптимизации тактических и технических аспектов хирургических вмешательств.

**Материал исследования.** Работа основана на результатах обследования и лечения 175 больных, находившихся в хирургических отделениях РСНПМЦХ им. академика В.Вахидова, СамМИ и стационарах Самаркандской области за период с 2000 по 2017 гг. с повреждением магистральных желчных протоков (ММЖП), полученных во время различных способов холецистэктомий (ХЭ) выявленные интраоперационно (51 пациент) и в раннем послеоперационном периоде (124 пациента). В соответствии с целью и задачами исследования больные были разделены на группы исследования. Группу сравнения составили 103 (58,8%) больных, которым в период 2000-2010гг применены стандартные реконструктивно-восстановительные операции по поводу свежих повреждений. Основную группу исследования составили

72 (41,2%) больной, которым использованы предложенные алгоритмы выбора способа хирургического лечения больных со свежими повреждениями ММЖП в совокупности с периоперационной коррекцией синдрома эндогенной интоксикации и профилактикой развития холангита в период с 2011 по 2017 гг. В обеих группах преобладало количество женщин - 70,7%, возраст пациентов варьировал от 19 до 80 лет.

Общее количество повреждений ММЖП в клиниках РСНПМЦХ и СамМИ составило 54 (30,8%) случая. При этом ятрогении ММЖП выявленные во время выполнения ХЭ в группе сравнения отмечено у 20 (19,4%) пациентов, а в основной группе этот показатель составил 12 (16,7%) случаев. Повреждение ММЖП диагностированное в раннем послеоперационном периоде – 18 (17,5%) и 4 (5,6%) случаев соответственно. У 121 (69,2%) больного повреждения ММЖП возникло при выполнении ХЭ в других стационарах. При этом в группе сравнения повреждение выявлено интраоперационно в 8 (7,8%) случаев, а в основной группе у 11 (15,3%) пациентов. Повреждение ММЖП диагностированное в ближайшем послеоперационном периоде – 57 (55,3%) и 45 (62,5%) случаев соответственно.

Всего из всех случаев ятрогений в рассматриваемых группах интраоперационная картина повреждения ММЖП установлена у 51 (29,1%) больных, а в раннем послеоперационном периоде диагноз ятрогении установлен в 124 (70,9%) случаях. Из 103 наблюдений в группе сравнения у 33 (32%) пациентов повреждение ММЖП возникло при выполнении ЛХЭ, у 11 (10,7%) больных при ХЭ из минидоступа и в 59 (57,3%) случаях соответственно при выполнении ТХЭ. В основной группе из 72 больных ятрогении при ЛХЭ диагностированы в 29 (40,3%) случаях, ХЭ из минидоступа в 5 (6,9%) и при ТХЭ – 38 (52,8%) случаях соответственно.

Несмотря на повсеместное внедрение ЛХЭ в стационарах нашей республики частота повреждений при её выполнении по нашим наблюдениям (n=62; 35,5%) оказалась несколько ниже по сравнению с аналогичными травмами ММЖП при выполнении ТХЭ (n=97; 55,5%).

В клинике РСНПМЦХ и СамМИ ятрогения ММЖП произошла в 54 случаях, из них в зависимости от типа выполненной операции: при ЛХЭ у 32 пациентов, при ХЭ из минидоступа в 11 случаях и у 11 пациентов при ТХЭ. В других клиниках в 30 случаях ятрогения произошла при выполнении ЛХЭ, в 5 наблюдениях при ХЭ из минидоступа и 86 пациентов после выполнения ТХЭ.

Если рассматривать все наблюдения ятрогений ММЖП в зависимости от типа выполненной операции, то повреждения, возникшие при ЛХЭ были в 62 наблюдениях, в 16 случаях при выполнении ХЭ из минидоступа и у 97 пациентов при ТХЭ. Для определения уровня повреждения мы использовали классификацию Гальперина Э.И. (2009 г.). Характер и локализация повреждения представлены в таблицах 1 и 2.

Из приведенных таблиц видно, что в обеих группах исследования характер повреждения в виде иссечения ММЖП превалировал по сравнению с другими ятрогениями – у 61 и 44 (59,2% и 61,1%) пациентов. Краевое повреждение отмечено в 20 и 11 (19,4% и 15,3%) соответственно. По виду вмешательства по поводу ЖКБ также в обеих группах отмечено превалирование больных с повреждениями ММЖП при выполнении ТХЭ – 59 (57,3%) и 38 (52,8%) соответственно. Наиболее часто встречался в обеих сравниваемых группах уровень повреждения ММЖП «+1» - у 45 (43,7%) и 28 (38,9%) пациентов. Аналогичная картина частоты повреждений ММЖП по уровням отмечена в зависимости от вида ХЭ, где также превалировало количество ятрогений при выполнении ТХЭ – у 59 (57,3%) и 38 (52,8%) больных.

Таблица 1.

Характер повреждений ММЖП в группах сравнения

Характер повреждения		Группа сравнения				Основная группа			
		Вид операции			Всего	Вид операции			Всего
		ЛХЭ	ТХЭ	МХЭ		ЛХЭ	ТХЭ	МХЭ	
Краевое	Абс.	9	8	3	20	7	3	1	11
	%	8,7%	7,8%	2,9%	19,4%	9,7%	4,2%	1,4%	15,3%
Иссечение	Абс.	18	37	6	61	16	26	2	44
	%	17,5%	35,9%	5,8%	59,2%	22,2%	36,1%	2,8%	61,1%
Пересечение	Абс.	4	4	1	9	4	7	1	12
	%	3,9%	3,9%	1,0%	8,7%	5,6%	9,7%	1,4%	16,7%
Клипирование или лигирование без пересечения	Абс.	2	10	1	13	2	2	1	5
	%	1,9%	9,7%	1,0%	12,6%	2,8%	2,8%	1,4%	6,9%
Итого	Абс.	33	59	11	103	29	38	5	72
	%	32,0%	57,3%	10,7%	100%	40,3%	52,8%	6,9%	100%

Уровень повреждений ММЖП в группах сравнения

Уровень повреждения		Группа сравнения				Основная группа			
		Вид операции			Всего	Вид операции			Всего
		ЛХЭ	ТХЭ	МХЭ		ЛХЭ	ТХЭ	МХЭ	
+2	абс.	7	13	4	24	8	7	2	17
	%	6,8%	12,6%	3,9%	23,3%	11,1%	9,7%	2,8%	23,6%
+1	абс.	17	23	5	45	12	14	2	28
	%	16,5%	22,3%	4,9%	43,7%	16,7%	19,4%	2,8%	38,9%
0	абс.	3	12	1	16	2	10	1	13
	%	2,9%	11,7%	1,0%	15,5%	2,8%	13,9%	1,4%	18,1%
-1	абс.	3	7	1	11	4	5	0	9
	%	2,9%	6,8%	1,0%	10,7%	5,6%	6,9%	0,0%	12,5%
-2	абс.	3	4	0	7	3	2	0	5
	%	2,9%	3,9%	0,0%	6,8%	4,2%	2,8%	0,0%	6,9%
Итого	абс.	33	59	11	103	29	38	5	72
	%	32,0%	57,3%	10,7%	100,0%	40,3%	52,8%	6,9%	100,0%

Таблица 3.

Распределение больных по признакам повреждения ММЖП

Выявление повреждения ММЖП	Группа сравнения						Основная группа					
	МЖ		Перитонит		Желче-истечение		МЖ		Перитонит		Желче-истечение	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Повреждение в клинике												
Интраоперационно	0	0,0%	0	0,0%	20	19,4%	0	0,0%	0	0,0%	12	16,7%
В раннем п/о периоде	7	6,8%	7	6,8%	4	3,9%	2	2,8%	1	1,4%	1	1,4%
Итого	7	6,8%	7	6,8%	24	23,3%	2	2,8%	1	1,4%	13	18,1%
Поступили из других клиник												
Интраоперационно	0	0,0%	0	0,0%	8	7,8%	0	0,0%	0	0,0%	11	15,3%
В раннем п/о периоде	38	36,9%	13	12,6%	6	5,8%	28	38,9%	13	18,1%	4	5,6%
Итого	38	36,9%	13	12,6%	14	13,6%	28	38,9%	13	18,1%	15	20,8%
Все наблюдения												
Интраоперационно	0	0,0%	0	0,0%	28	27,2%	0	0,0%	0	0,0%	23	31,9%
В раннем п/о периоде	45	43,7%	20	19,4%	10	9,7%	30	41,7%	14	19,4%	5	6,9%
Итого	45	43,7%	20	19,4%	38	36,9%	30	41,7%	14	19,4%	28	38,9%

Следует отметить, что на выбор метода восстановительной или реконструктивной операции влияет наличие осложнения, связанного с последствиями повреждения ММЖП. Распределение больных по признакам повреждения ММЖП отражено в таблице 3.

Из приведенной таблицы видно, что в обеих группах исследования наиболее чаще встречалась картина механической желтухи (МЖ) в раннем послеоперационном периоде – у 45 (43,7%) и 30 (41,7%) пациентов соответственно. Следующим по частоте признаком ятрогений явилось желчеистечение – у 38 (36,9%) и 28 (38,9%) больных, причём картина повреждения ММЖП в большинстве случаев была выявлена интраоперационно. Общее количество больных со свежими повреждениями ММЖП оперированных в других клиниках составило – 119 (68%) пациентов. При этом отмечено, что в обеих группах при обнаружении повреждения ММЖП во время выполнения ХЭ и раннем послеоперационном пери-

оде хирурги в основном ограничивались наружным дренированием (подпеченочный дренаж или дренирование по Вишневу) – в 20 (31,7%) и 22 (39,3%) случаях, либо переводили в РСНПМЦХ или СамМИ без повторного вмешательства - в 29 (46%) и 18 (32,1%) случаев соответственно.

Сводное распределение больных по виду окончательного вмешательства при свежих повреждениях ММЖП представлено в таблице 4.

Из представленной таблицы видно, что в группе сравнения лишь в 28 (27,2%) случаях оперативное вмешательство, предпринятое по поводу свежего повреждения ММЖП, было выполнено сразу же после ятрогений, т.е. интраоперационно. Тогда как в 72,8% (n=75) случаев реконструктивно-восстановительные операции направленные на восстановление желчеоттока были выполнены больным, у которых картина повреждения была выявлена в ближайшем послеоперационном периоде после холецистэктомии. Аналогичная кар-

тина была и в основной группе, где из 72 больных реконструктивно-восстановительные операции выполнены у 49 (68,1%) пациентов с повреждениями ММЖП, выявленными в раннем послеоперационном периоде. При этом в обеих группах чаще выполнялись реконструктивная операция в виде

ГепЕА или восстановительное вмешательство в виде БА.

**Результаты исследования.** Осложненное течение ближайшего послеоперационного периода в группе сравнения имело место у 27 (26,2%) пациентов, а в основной группе – у 7 (9,7%) пострадавших (табл. 5.).

Таблица 4.

Сводное распределение больных по виду окончательного вмешательства при свежих повреждениях ММЖП

Выявление повреждения ММЖП	Группа сравнения						Основная группа					
	И/о		П/о		Всего		И/о		П/о		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Наружное дренирование	1	1,0%	6	5,8%	7	6,8%	1	1,4%	0	0,0%	1	1,4%
Снятие лигатуры или клипсы и дренирование протока	2	1,9%	9	8,7%	11	10,7%	2	2,8%	3	4,2%	5	6,9%
БА	4	3,9%	14	13,6%	18	17,5%	5	6,9%	12	16,7%	17	23,6%
Ушивание дефекта с дренированием по Керу	10	9,7%	10	9,7%	20	19,4%	4	5,6%	7	9,7%	11	15,3%
ГепЕА	6	5,8%	18	17,5%	24	23,3%	11	15,3%	25	34,7%	36	50,0%
ГепДА	2	1,9%	8	7,8%	10	9,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
ТПКД	3	2,9%	10	9,7%	13	12,6%	0	0,0%	2	2,8%	2	2,8%
Бужирование (ЧЧХС или эндос.)		0,0%		0,0%	0	0,0%		0,0%		0,0%	0	0,0%
Стентирование	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Итого	28	27,2%	75	72,8%	103	100%	23	31,9%	49	68,1%	72	100%

Таблица 5.

Частота различных осложнений в ранний послеоперационный период

Осложнение	Группа сравнения						Основная группа					
	И/о		П/о		Всего		И/о		П/о		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	И/о	%	абс.	%	абс.	%
Несостоятельность анастомоза – желчеистечение	2	7,1%	4	5,3%	6	5,8%	1	4,3%	2	4,1%	3	4,2%
Несостоятельность анастомоза – билема	0	0,0%	2	2,7%	2	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Несостоятельность анастомоза – перитонит	0	0,0%	1	1,3%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Гемобилия	1	3,6%	2	2,7%	3	2,9%	0	0,0%	1	2,0%	1	1,4%
Холангит	1	3,6%	4	5,3%	5	4,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
ОППН	0	0,0%	6	8,0%	6	5,8%	0	0,0%	2	4,1%	2	2,8%
ПОН	0	0,0%	3	4,0%	3	2,9%	0	0,0%	1	2,0%	1	1,4%
Инфаркт миокарда, ОССН	0	0,0%	1	1,3%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Все осложнения	4	14,3%	23	30,7%	27	26,2%	1	4,3%	6	12,2%	7	9,7%
Релапаротомия	0	0,0%	2	2,7%	2	1,9%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Летальность	0	0,0%	8	10,7%	8	7,8%	0	0,0%	2	4,1%	2	2,8%

Из приведенной таблицы видно, что в группе сравнения преобладало количество практически всех видов осложнений в виде несостоятельности наложенных анастомозов, гемобилии, холангита, полиорганной недостаточности и инфаркта миокарда. В группе сравнения в 2-х случаях в связи с ранними послеоперационными осложнениями выполнена релапаротомия и в 8

(7,8%) наблюдениях отмечен летальный исход, а в основной группе исследования релапаротомий не было, а летальный исход зафиксирован у 2 (2,8%) больных. В обеих сравниваемых группах ранние послеоперационные осложнения чаще наблюдались у пациентов с верифицированными повреждениями в ранние сроки после выполнения холецистэктомии.

При этом отмечено, что в группе сравнения из 28 пациентов, которым во время выполнения ХЭ верифицировано повреждение, у 4 (14,3%) возникли ранние послеоперационные осложнения, при этом осложнения преобладали у больных с уровнем повреждения (-1;-2). Из 75 больных с повреждением МЖП диагностированным в раннем послеоперационном периоде после ХЭ в 23 (30,7%) случаях отмечены ранние послеоперационные осложнения, при этом они наблюдались на всех уровнях с преобладанием на уровнях 0 и -1 и -2.

В основной группе из 72 пациентов ранние послеоперационные осложнения в зависимости от уровня повреждения МЖП наблюдались в 7 (9,7%) случаях. В зависимости от времени верификации повреждения в группе преобладало количество больных с диагностированным повреждением в раннем послеоперационном периоде 6 (12,2%) из 49 пациентов, при этом осложнения отмечены у 2 (9,1%) из 22 пациентов с повреждением на уровне +1. В остальных случаях отмечено превалирование частоты осложнений при уровнях «0» и «-1» и «-2». Из 23 пациентов с интраоперационно верифицированным повреждением осложнения отмечены у 1 (4,3%) больного с уровнем повреждения «-1».

В группе сравнения различные ранние послеоперационные осложнения отмечены: у 3 (42,9%) из 7 больных с наружным дренированием МЖП; у 5 (38,5%) из 13 пациентов при выполнении транспеченочного каркасного дренирования (ТПКД), у 2 (10%) из 20 больных после ушивания дефекта с дренированием холедоха на Т-образном дренаже; у 4 (22,2%) из 18 пациентов, которым выполнено наложение ББА; у 8 (33,3%) из 24 больных после наложения ГепЕА и у 5 (50%) из 10 пациентов которым был наложен ГепДА. Отмечено преобладание ранних послеоперационных осложнений в группе оперированных больных с диагностированным повреждением в ближайшем периоде после ХЭ – 23 (30,7%) из 75 случаев.

В основной группе ранние послеоперационные осложнения у 7 (9,7%) из 72 больных. При этом по 1 случаю зафиксировано при выполнении ТПКД и ББА. В остальных 5 (13,9%) наблюдениях осложнения наблюдались у больных с ГепЕА. В данной группе также преобладало количество осложнений после реконструктивно-восстановительных операций выполненных при обнаружении повреждения МЖП в раннем послеоперационном периоде.

В зависимости от характера повреждения МЖП в группе сравнения преобладало количество ранних послеоперационных осложнений при иссечении – 24 (39,3%) из 27 наблюдений.

При этом характер повреждения в виде иссечения МЖП в зависимости от времени обнару-

жения ятрогении также преобладал в случаях верифицированного диагноза после выполнения ХЭ. В основной группе превалировала частота послеоперационных осложнений при иссечении и пересечении МЖП, верифицированного в раннем послеоперационном периоде - при иссечении МЖП из 32 у 5 (15,6%) и - пересечении у 1 (14,3%) из 7 больных.

Частота летальности в группе сравнения составила 7,8% (n=8). При этом в зависимости от вида оперативного вмешательства установлено следующее: все умершие больные были с верифицированным в раннем послеоперационном периоде повреждением после ХЭ, из них - после наружного дренирования МЖП – 3 (50%) из 6; один (10%) из 10 после ТПКД; один из 14 пациентов после ББА; 2 (11,1%) из 18 после ГепЕА и один (12,5%) из 8 после ГепДА.

В основной группе зафиксировано 2 (2,8%) летальных исхода (по одному после ТПКД и наложения ГепЕА).

Частота осложнений в зависимости от наличия МЖ и синдрома эндогенной интоксикации представлена в таблице 6.

Из приведенной таблицы видно, что в группе сравнения осложнения в зависимости от МЖ наблюдались у 18 (40%) из 45 больных. Послеоперационные осложнения при эндогенной интоксикации отмечены у 13 (50%) из 26 пациентов. При этом отмечено, что чем выше показатель SIRS тем больше частота осложнений. Так при SIRS > 2 с органной дисфункцией частота осложнений составила 75% (3 из 4 пациентов). В сравнительном аспекте в основной группе при наличии МЖ осложнения отмечены лишь у 5 (16,7%) наблюдений. При картине эндогенной интоксикации осложнения отмечены у 4 (21,1%) из 19 больных. В данной группе также отмечено, что по мере нарастания SIRS увеличивалась и частота осложнений.

Однако применение предлагаемых методик периоперационной коррекции синдрома эндогенной интоксикации и профилактика развития холангита существенно повлияли на частоту осложнений. На рис. 1. представлена сводная частота осложнений и летальности. Как видно из представленной диаграммы в группе сравнения из 18 пациентов, которым выполнены восстановительные операции осложнения отмечены у 4 (22,2%) больных и 1 (5,6%) летальный исход. При реконструктивных операциях выполненных у 34 пациентов осложнения были в 13 (38,2%) случаях и 3 (8,8%) летальными исходами. При наружном отведении желчи (из-за тяжести состояния больных) у 20 пациентов в 8 (40%) отмечены осложнения с летальным исходом в 4 (20%) случаях. В основной группе частота осложнений после восстановительных операций составила 5,9% (у 1 больно-

го) из 17 пациентов. После реконструктивных операций (n=36) осложнения отмечены у 5 (13,9%) и 1 (2,8%) летальный исход. При наруж-

ном отведении желчи из-за тяжести состояния больных (n=3) в 1 случае развилось осложнение и умер 1 пациент.

Таблица 6.

Частота осложнений в зависимости от наличия механической желтухи и синдрома эндогенной интоксикации

Показатель	Группа сравнения								
	И/о			П/о			Всего		
	Кол-во	Ослож.	%	Кол-во	Ослож.	%	Кол-во	Ослож.	%
Без механической желтухи	28	4	14,3%	30	5	16,7%	58	9	15,5%
Механическая желтуха	0	0	0,0%	45	18	40,0%	45	18	40,0%
Без эндогенной интоксикации (SIRS - 0)	0	0	0,0%	19	5	26,3%	19	5	26,3%
С эндогенной интоксикацией	0	0	0,0%	26	13	50,0%	26	13	50,0%
SIRS – 1	0	0	0,0%	11	4	36,4%	11	4	36,4%
SIRS > 2 без органной дис-функции	0	0	0,0%	11	6	54,5%	11	6	54,5%
SIRS > 2 с органной дис-функцией	0	0	0,0%	4	3	75,0%	4	3	75,0%
Показатель	Основная группа								
Без механической желтухи	23	1	4,3%	19	1	5,3%	42	2	4,8%
Механическая желтуха	0	0	0,0%	30	5	16,7%	30	5	16,7%
Без эндогенной интоксикации (SIRS - 0)	0	0	0,0%	11	1	9,1%	11	1	9,1%
С эндогенной интоксикацией	0	0	0,0%	19	4	21,1%	19	4	21,1%
SIRS – 1	0	0	0,0%	8	1	12,5%	8	1	12,5%
SIRS > 2 без органной дис-функции	0	0	0,0%	8	2	25,0%	8	2	25,0%
SIRS > 2 с органной дис-функцией	0	0	0,0%	3	1	33,3%	3	1	33,3%



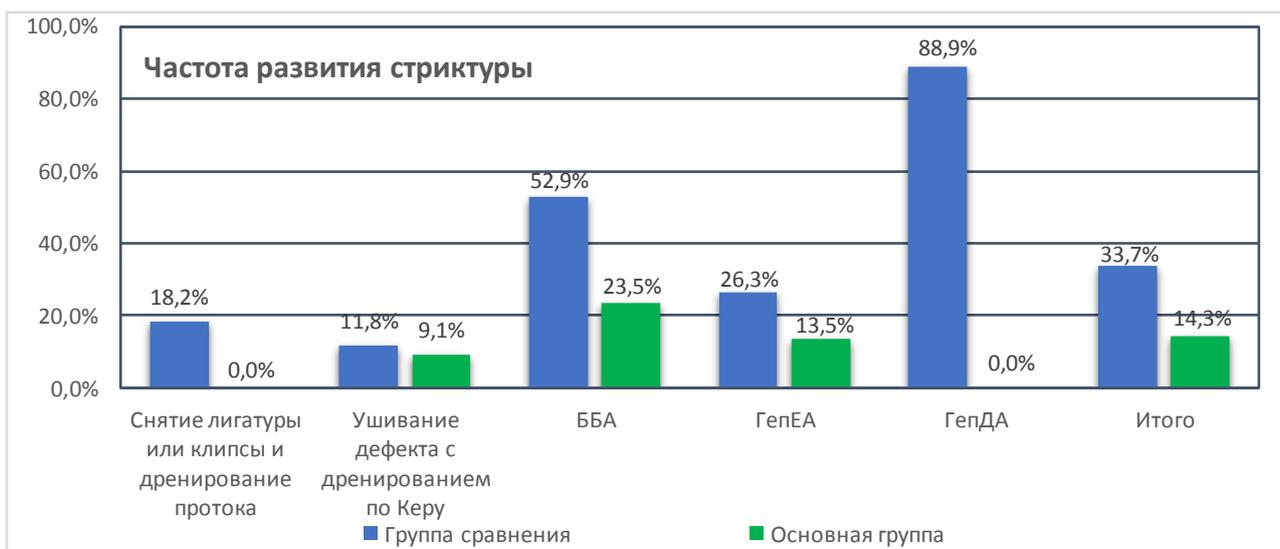
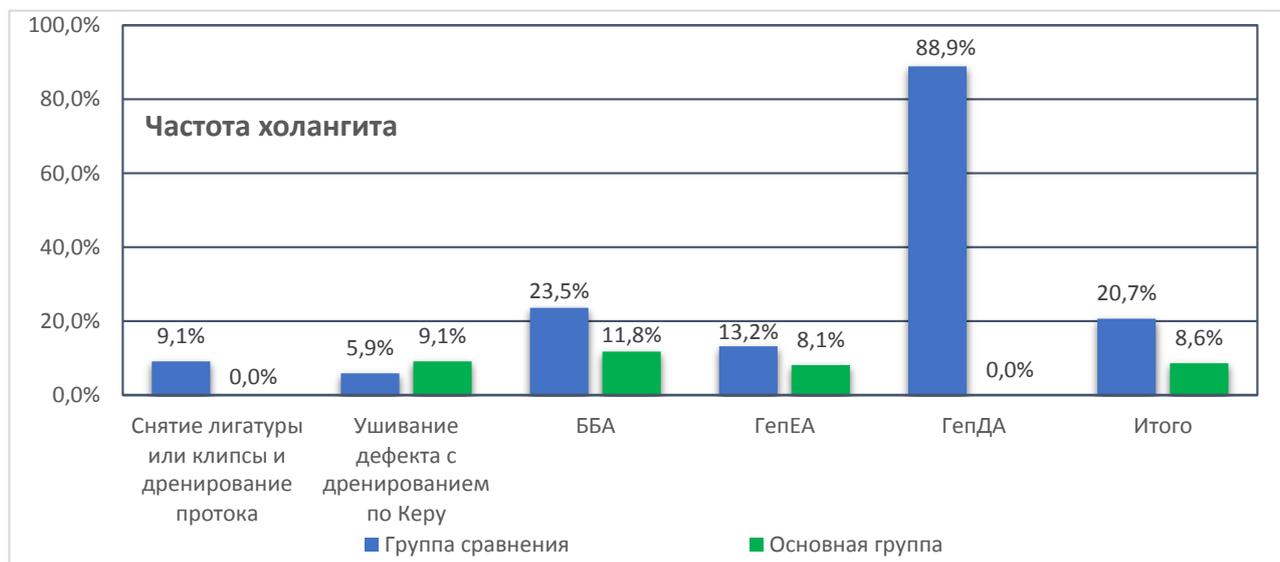
Рис. 1. Сводная частота осложнений и летальности

Таким образом, разработанные алгоритмы выбора способа лечения свежих повреждений желчных протоков с комплексным подходом к тактико-техническим аспектам и коррекции сопутствующих осложнений позволили сократить

общую частоту послеоперационных осложнений с 26,2% (27 пациентов в группе сравнения) до 9,7% (7 больных в основной группе), и частоту летальности с 7,8% (8 больных) до 2,8% (2 пациента). Отдаленные результаты хирургического лечения

свежих повреждений МЖП прослежены у 92 пациентов группы сравнения и у 70 пациентов в основной группе. Частота рецидивирующего холангита при использовании алгоритмов выбора способа хирургического лечения больных со свежими повреждениями МЖП в совокупности с пери-

операционной коррекцией синдрома эндогенной интоксикации и профилактикой развития холангита отмечена в 8,6% случаев, тогда как в группе сравнения при выполнении стандартных реконструктивно-восстановительных операций этот показатель составил 20,7%.



**Рис. 2.** Частота развития стриктуры желчных протоков в зависимости от вида предпринятого оперативного вмешательства

Сравнительный анализ частоты развития стриктуры наложенных билиодигестивных и билиобилиарных анастомозов в сравниваемых группах исследования показал, что купирование картины рецидивирующего холангита влияет на развитие стриктур МЖП. Так частота стриктур в группе сравнения составила 33,7%, тогда как в основной группе этот показатель составил 14,3% случаев (критерий  $\chi^2=7,183$ ;  $Df=2$ ;  $p=0,028$ ).

Частота развития стриктуры МЖП в зависимости от вида предпринятого оперативного вмешательства отражена в рисунке 2.

Таким образом, предложенный нами способ позволил предотвратить и купировать атаки рецидивирующего холангита с 20,7% (19 из 92

больных группы сравнения) до 8,6% (6 из 70 больных в основной группе), сократив тем самым частоту развития стеноза анастомозов после реконструктивно-восстановительных операций по поводу свежих повреждений МЖП с 33,7% (31 из 92) до 14,3% (10 из 70).

Повторные вмешательства в отдаленный период (без учета второго этапа) выполнены в группе сравнения из 92 у 31 (33,7%) пациентов, в основной группе из 70 у 10 (14,3%) больных. При этом малоинвазивные вмешательства были выполнены у 17 (18,5%) и 6 (8,6%) пациентов соответственно. Реконструктивные вмешательства на МЖП выполнены в 14 (15,2%) случаях в группе сравнения и 4 (5,7%) в основной группе. Частота

летальности при этом в группах составила 3,3% (3) и 1,4% (1) соответственно.

Бужирование стриктуры МЖП в сравниваемых группах в 13% и 4,3% соответственно. Стентирование участка стриктуры выполнено в 5 (5,4%) случаях в группе сравнения и 3 (4,3%) в основной группе. Наложение ГепЕА в исследуемых группах в 13 (14,1%) и 4 (5,7%) случаях соответственно. В одном случае в группе сравнения наложен был ФЭА.

В сравнительном аспекте общая частота осложнений - в группе сравнения составила 56,3% (58 наблюдений), а летальность 10,7% (11 летальных исходов), тогда как в основной группе эти показатели составили 23,6% (17 пациентов) и 4,2% (3 летальных исхода) соответственно.

Таким образом, в сравнительном аспекте предложенные алгоритмы выбора способа хирургического лечения больных со свежими повреждениями МЖП в совокупности с периоперационной коррекцией синдрома эндогенной интоксикации и профилактикой развития холангита позволили достигнуть снижения общей частоты послеоперационных осложнений в ранние и отдаленные сроки с 56,3% (58 из 103 больных в группе сравнения) до 23,6% (17 из 72 больных в основной группе) и летальности с 10,7% (11 пациентов) до 4,2% (3 пациента соответственно).

**Выводы.** Разработанные алгоритмы выбора способа лечения свежих повреждений МЖП с комплексным подходом к тактико-техническим аспектам и коррекции сопутствующих осложнений позволили сократить общую частоту послеоперационных осложнений с 26,2% (27 пациентов в группе сравнения) до 9,7% (7 больных в основной группе), и частоту летальности с 7,8% (8 больных) до 2,8% (2 пациента).

Предложенный нами способ позволил предотвратить и купировать атаки рецидивирующего холангита с 20,7% (19 из 92 больных группы сравнения) до 8,6% (6 из 70 больных в основной группе), сократив тем самым частоту развития стеноза анастомозов после реконструктивно-восстановительных операций по поводу свежих повреждений МЖП с 33,7% (31 из 92) до 14,3% (10 из 70).

В сравнительном аспекте предложенные алгоритмы выбора способа хирургического лечения больных со свежими повреждениями МЖП в совокупности с периоперационной коррекцией синдрома эндогенной интоксикации и профилактикой развития холангита позволили достигнуть снижения общей частоты послеоперационных осложнений в ранние и отдаленные сроки с 56,3% (58 из 103 больных в группе сравнения) до 23,6% (17 из 72 больных в основной группе) и летальности с 10,7% (11 пациентов) до 4,2% (3 пациента соответственно). Это позволило получить в 80,6%

(58 из 72) хорошие и удовлетворительные результаты лечения, тогда как в группе сравнения этот показатель составил 49,5% (51 из 103 больных).

#### Литература:

1. Гальперин Э. И., Чевокин А. Ю. "Свежие" повреждения желчных протоков //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №. 10. – С. 4-10.
2. Красильников Д.М. Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков //Практическая медицина. – 2010. №. 47.
3. Майстренко Н. А. Обоснование хирургической тактики при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков //Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2015. – Т. 174. – №. 5.
4. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б. Повреждения магистральных желчных протоков (частота причины повреждений, классификация, диагностика и лечение) //Хирургия Узбекистана. – 2011. – №. 4. – С. 66-73.
5. Ничитайло М. Е., Скумс А. В., Галочка И. П. Повреждение желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии //Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. – №. 2. С. 30-35.
6. Шаповальянц С. Г. и др. Эндоскопические методы в лечении рубцовых послеоперационных стриктур желчевыводящих протоков //Анналы хирургической гепатологии. – 2007. Т. 2. С. 70-77.
7. Abbasoğlu O, Tekant Y, Alper A, et al. Prevention and acute management of biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy: Expert consensus statement. Turkish Journal of Surgery/Ulusal cerrahi dergisi. 2016;32(4):300-305.
8. Yuhsin V., David W., Linehan C. Bile Duct Injuries in the Era of Laparoscopic Cholecystectomies. Surg. Clin. N. Am. 2010; 90: 787–802.

#### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СВЕЖИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Ф.Г. НАЗЫРОВ<sup>1</sup>, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ<sup>2</sup>,  
П.А. АСКАРОВ<sup>2</sup>

Приведена оценка эффективности хирургического лечения 175 больных со свежими повреждениями магистральных желчных протоков полученных во время различных способов холецистэктомий выявленные интраоперационно (51 пациент) и в раннем послеоперационном периоде (124 пациента). Предложенные алгоритмы выбора способа хирургического лечения больных со свежими повреждениями магистральных желчных протоков позволили достигнуть снижения общей частоты послеоперационных осложнений в ранние и отдаленные сроки с 56,3% до 23,6% и летальности с 10,7% до 4,2%.

**Ключевые слова:** Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, свежие повреждения магистральных желчных протоков.