

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

И.Ш. ШОНАЗАРОВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, Ф.О. МИЗАМОВ, О.А. ХАМИДОВ

Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF INTRA-ABDOMINAL BILE LEAKAGE AFTER CHOLECYSTECTOMY

I.SH. SHONAZAROV, Z.B. KURBANIAZOV, F.O. MIZAMOV, O.A. KHAMIDOV

Samarkand State Medical University, Uzbekistan

Цель. Изучение преимуществ применения миниинвазивных методов хирургической коррекции внутрибрюшных желчеистечений (ВБЖИ), развившихся после холецистэктомии.

Пациенты. Изучены результаты обследования и лечения 49 больных с ВБЖИ, которые были распределены на две группы. В группу сравнения вошли 22 (44,9%) пациента, оперированные в 2001–2010 гг., в комплексном лечении которых использовались стандартные общепринятые подходы. В основную группу включены 27 (55,1%) больных, оперированные в 2011–2020 гг., у которых в качестве приоритетных методов оперативного лечения применялись миниинвазивные хирургические и эндоскопические вмешательства.

Результаты. Частота ВБЖИ после холецистэктомии составляет 0,8%, при этом в более чем половине (57,2%) случаев причиной этого осложнения являются так называемые «малые» повреждения (несостоятельность культи пузырного протока, поврежденные ходы Люшка, дислокация дренажа из гепатикохоледохса), которые практически всегда (в 93,3% случаев) поддаются коррекции применением пункционных методов под УЗИ-наведением, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств и лапароскопии, не прибегая к широкой релапаротомии.

Заключение. Соблюдение принципов дифференцированного приоритетного использования миниинвазивных хирургических/эндоскопических вмешательств у больных с ВБЖИ после холецистэктомии способствует снижению частоты послеоперационных/послепроцедурных осложнений с 36,4 до 11,1% и минимизации риска летального исхода при этом грозном осложнении.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, осложнения, желчеистечение, желчный перитонит, лечение.

Aim. To study the advantages of using minimally invasive methods for the surgical correction of intra-abdominal bile leakage (IABL) that developed after cholecystectomy.

Patients. The results of the examination and treatment of 49 patients with were studied and divided into two groups. The comparison group included 22 (44,9%) patients operated on in 2001–2010, in the complex treatment of which standard generally accepted approaches were used. The main group included 27 (55,1%) patients operated on in 2011–2020, in whom minimally invasive surgical and endoscopic interventions were used as priority methods of surgical treatment.

Results. The frequency of IIB after cholecystectomy is 0,8%, while in more than half (57,2%) of cases, the cause of this complication is the so-called «small» damage (failure of the cystic duct stump, damaged Luschka passages, dislocation of the drainage from the hepaticocholedochus) which almost always (93,3% of cases) can be corrected using puncture methods under ultrasound guidance, transduodenal endoscopic interventions and laparoscopy, do not resort to wide relaparotomy.

Conclusion. Compliance with the principles of differentiated priority use of minimally invasive surgical/endoscopic interventions in patients with after cholecystectomy helps to reduce the incidence of postoperative / post-procedural complications from 36,4 to 11,1% and minimize the risk of death in this formidable complication.

Keywords: cholelithiasis, cholecystectomy, complications, bile leakage, bile peritonitis, treatment.

Среди причин, приводящих к развитию желчного перитонита после операций на желчевыводящих протоках (ЖВП), основной является внутрибрюшное желчеистечение (ВБЖИ) из добавочных желчных ходов, несостоятельной культи пузырного протока после холецистэктомии, дислокации дренажа гепатикохоледох, интраоперационного повреждения магистральных желчных протоков. По данным литературы, частота ВБЖИ варьирует от 0,4 до 4% [1, 2, 3].

Сложность ранней диагностики ВБЖИ приводит к запоздалому повторному хирургическому вмешательству и, как следствие, к неблагоприятному результату лечения. С другой стороны, трудность диагностики объясняет и необоснованное выполнение релапаротомий у 0,6–17% больных [4]. 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 классическая картина осложнений развивается редко и, как правило, поздно, а выполнение релапаротомии сопровождается высокой летальностью. Поэтому при малейшем подозрении на неблагополучие необходимо произвести ряд исследований, которые могут явиться началом активного, целенаправленного динамического наблюдения [5, 6].

Поскольку лечение ИБЖИ, несомненно, является комплексной задачей и требует усилий специалистов различного профиля, исход оперативных вмешательств во многом зависит от выбора и рациональной последовательности применения различных методик, главным образом от применения щадящих оперативных вмешательств, выполнения операций в более ранние сроки [7, 8].

Цель. Изучение преимуществ применения миниинвазивных методов хирургической коррекции ВБЖИ, развившегося после холецистэктомии.

Пациенты

Изучены результаты обследования и лечения 49 больных с ВБЖИ, развившимся после операций на желчевыводящих протоках. Источником послеоперационного желчеистечения и перитонита в 21 (42,9%) наблюдениях были ятрогенные повреждения магистральных желчных протоков, в 14 (28,6%) случаях – несостоятельность культи пузырного протока вследствие соскальзывания клипс или лигатур, в 9 (18,4%) – дополнительные (аберрантные) желчные протоки (ходы Люшка) в ложе желчного пузыря, в 5 (10,2%) – дислокация наружного дренажа из гепатикохоледох.

Больные с ВБЖИ, включенные в данное исследование, были распределены на две группы. В группу сравнения вошли 22 (44,9%) пациента, оперированные в 2001–2010 гг., в комплексном лечении которых использовались стандартные общепринятые подходы. В этот период частота ВБЖИ составила 1,1% (22 случая из 2048 оперированных больных). В основную группу включены 27 (55,1%) больных, оперированные в 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. Во второй дискретный период ретроспективного исследования (2011–2020 гг.) частота ВБЖИ составила 0,7% (27 случаев из 3801 операции).

Результаты и обсуждение

В группе сравнения ($n=22$) у 6 пациентов в послеоперационном периоде диагностирован местный желчный перитонит объемом до 100 мл (по данным УЗИ), в связи с чем в 3 случаях удалось успешно редренерировать подпеченочную область путем реканализации контрапертуры. У остальных 3 больных пришлось прибегнуть к релапаротомии: источником желчеистечения в 1 наблюдении явилась дислокация дренажа из гепатикохоледох, который повторно фиксирован; в 2 случаях выполнено повторное лигирование несостоятельности культи пузырного протока.

У других 6 пациентов этой же группы имело место развитие местного или диффузного желчного перитонита объемом патологической жидкости до 500 мл в подпеченочной области и правом боковом канале (по данным УЗИ), по поводу чего во всех случаях выполнена открытая реоперация: 2 больным с несостоятельностью культи пузырного протока выполнено повторное лигирование пузырного протока; еще 2 больным с несостоятельностью культи пузырного протока, развившейся на фоне резидуального холедохолитиаза и билиарной гипертензии, выполнена холедохолитотомия и дренирование холедоха; другим 2 больным с самопроизвольным выпадением дренажа из гепатикохоледох произведено редренерирование общего желчного протока.

В остальных 10 случаях в группе сравнения ВБЖИ явилось следствием ятрогенного повреждения магистральных желчных протоков, по поводу чего у 5 больных выполнены релапаротомия и восстановительные операции, в том числе в 2 случаях при краевом повреждении гепатикохоледох произведено ушивание дефекта на Т-образном дренаже, в 3 случаях с полным пересечением гепатикохоледох наложен билиобилиарный анастомоз. Реконструктивные операции выполнены 5 пациентам: в 2 случаях наложен гепатикодуоденоанастомоз, в 3 случаях первым этапом выполнено наружное дренирование проксимальной культи общего печеночного протока, затем через 3 месяца наложен гепатикоеюноанастомоз на транспеченочном каркасном дренаже.

В основной группе пациентов ($n=27$) биломы объемом до 100 мл (по данным УЗИ) подпеченочного пространства диагностированы у 7 оперированных больных. Из них в 3 случаях скопление желчи успешно эвакуировано пункционным способом под контролем сонографии; 3 больным выполнена релапароскопия с клипированием ходов Люшка (2) и реклепированием культи пузырного протока; в 1 наблюдении, при наружном желчеистечении по дренажу и скоплении желчи в подпеченочном пространстве из-за выпадения холедохостомического дренажа, ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией ЭПСТ и назобилиарное дренирование способствовали окончательной остановке желчеистечения.

В этой же группе послеоперационный желчный перитонит объемом до 500 мл имел место у 9 больных после холецистэктомии, при этом в 7 случаях ВБЖИ устранено путем релапароскопии и повторного клипирования культи пузырного протока, в том числе в 2 случаях релапароскопия дополнена выполнением РПХГ с ЭПСТ ввиду наличия холедохолитиаза. У 1 пациентки подпеченочная билома полностью санирована путем повторных чрескожных пункций под контролем УЗИ. Релапаротомии по поводу послеоперационного диффузного желчного перитонита, развившегося на фоне холедохолитиаза и несостоятельности культи пузырного протока, подвергнута 1 пациентка, которой выполнена холедохолитотомия с дренированием холедоха.

Ятрогенное повреждение магистральных желчных протоков с ВБЖИ и разлитым желчным перитонитом констатировано у 11 больных основной группы. Из них 6 пациентам со «свежими» повреждениями гепатикохоледоха наложен гепатикоэнтероанастомоз (ГЕА) по Ру, в том числе с применением смещенных транспеченочных каркасных дренажей (СТКД) – в 3 случаях. У 1 больной с желчным перитонитом первым этапом выполнена санация брюшной полости и дренирование печеночного протока, а этап реконструктивной операции выполнен через 3 месяца – сформирован ГЕА по Ру с СТКД. Восстановительные операции проведены 3 больным: 1 больному с пересечением гепатикохоледоха сформирован билиобилиарный анастомоз (ББА), 2 больным с краевым повреждением общего желчного протока наложен боковой шов на дефект желчного протока. В 1 наблюдении после эндоскопического транспапиллярного стентирования гепатикохоледоха самопроизвольно прекратилось желчеистечение.

Сравнительный анализ результатов лечения больных с ВБЖИ в двух дискретных периодах показал, что при желчеистечении с развитием местного желчного перитонита с объемом жидкости до 100 мл под печенью стремление к приоритетному применению миниинвазивных хирургических вмешательств, в том числе эндоскопической транспапиллярной декомпрессии ЖВП, позволяет избежать выполнения у этой категории пациентов релапаротомии. При ВБЖИ объемом 100–500 мл соблюдение тактики приоритетной миниинвазивной хирургии, дополненное, по показаниям, эндоскопическими эндобилиарными вмешательствами, позволяет снизить частоту релапаротомий до единичных случаев.

При пересечении более $\frac{1}{2}$ диаметра магистральных ЖВП показана реконструктивная операция – ГЕА по Ру. При выявлении этих повреждений позже 48 часов ГЕА необходимо формировать на СТКД. При дефекте гепатикохоледоха, охватывающего менее $\frac{1}{2}$ диаметра протока, можно ограничиться наложением бокового шва с использованием прецизионной техники.

Гнойно-септические осложнения после повторных вмешательств по поводу ВБЖИ после холецистэктомии в группе сравнения ($n=22$) наблюдали у 8 (36,4%) больных, в том числе продолжающийся желчный перитонит констатирован в 2 (9,1%) случаях, формирование подпеченочного и поддиафрагмального абсцесса – у 2 (9,7) больных и нагноение послеоперационной раны – у 4 (18,2%). Из них умерла 1 (4,5%) пациентка, причиной смерти явилась острая почечная недостаточность на фоне абдоминального сепсиса (см. табл.).

Таблица. Частота послеоперационных/послепроцедурных осложнений

Осложнение	Группа сравнения, $n=22$		Основная группа, $n=27$	
	абс.	%	абс.	%
Продолжающийся перитонит	2	9,1	–	–
Абсцесс брюшной полости	2	9,1	–	–
Острый панкреатит		0,0	1	3,7
Нагноение п/о раны	4	18,2	2	7,4
Умерло	1	4,5	–	–

В основной группе пациентов послеоперационные/послепроцедурные осложнения после хирургической/эндоскопической коррекции ВБЖИ наблюдались у 3 (11,1%) больных: в 2 (7,4%) случаях имело место нагноение послеоперационной раны, в 1 (3,7%) – острый панкреатит после ЭПСТ. Летальных случаев в основной группе не было (см. табл.).

Заключение

Частота ВБЖИ после холецистэктомии составляет 0,8%, при этом в более чем половине (57,2%) случаев причиной этого осложнения являются так называемые «малые» повреждения (несостоятельность культи пузырного протока, поврежденные ходы Люшка, дислокация дренажа из гепатикохоледоха), которые практически всегда (в 93,3% случаев) поддаются коррекции применением пункционных методов под УЗИ-наведением, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств и лапароскопии, не прибегая к широкой релапаротомии. Соблюдение принципов дифференцированного приоритетного использования миниинвазивных хирургических/эндоскопических вмешательств у больных с ВБЖИ после холецистэктомии способствует снижению частоты послеоперационных/послепроцедурных осложнений с 36,4 до 11,1% и минимизации риска летального исхода при этом грозном осложнении.

Литература

1. Гумерова Г.Н., Нуриева А.И., Шайхутдинова А.М., Стяжкина С.Н. Билиарный перитонит – как осложнение хронического калькулезного холецистита. Столица Науки. 2020; 5:25–31 [Gumerova G.N., Nuriyeva A.I., Shajhutdinova A.M., Styazhkina S.N. Biliarnyj peritonit – kak oslozhnenie hronicheskogo kal'kuleznogo holecistita. Stolica Nauki. 2020; 5:25–31. In Russian].
2. Хаджибаев А.М., Ризаев К.С., Рискеев У.Р., Шукуров Б.И., Янгиев Р.А., Пулатов М.М. Диагностика и лечение ранних внутрибрюшных осложнений после холецистэктомии. Вестник экстренной медицины. 2021; 14(5):5–15 [Khadjibaev A.M., Rizaev K.S., Riskiev U.R., Shukurov B.I., Yangiev R.A., Pulatov M.M. Diagnostika i lechenie rannih vnutribryushnyh oslozhnenij posle holecistektomii. Vestnik ekstretnoj mediciny. 2021; 14(5):5–15. In Russian].
3. Feng X., Dong J. Surgical management for bile duct injury. BioScience Trends. 2017; 11(4):399–405. <https://doi.org/10.5582/bst.2017.01176>
4. Thompson B.J., Sherman R.A. Comprehensive Review of Biliary Peritonitis. Topics in companion animal medicine. 2021; 44:100532. <https://doi.org/10.1016/j.tcam.2021.100532>
5. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. «Свежие» повреждения желчных протоков. Хирургия. 2010; 10:5–10 [Gal'perin E.I., Chevokin A.Yu. «Svezhie» povrezhdeniya zhelchnyh protokov. Hirurgiya. 2010; 10:5–10. In Russian].
6. Budipramana V.S., Meilita M. Obstructive-type jaundice without bile duct dilatation in generalized peritonitis is a specific sign of spontaneous gall bladder perforation. Case Reports in Medicine. 2020; 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/6504260>
7. Назиров Ф.Г., Туракулов У.Н., Акбаров М.М., Сататов Р.Р. Использование малоинвазивных методов коррекции ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков и наружных желчных свищей. Эндоскопическая хирургия. 2018; 24(5):7–9

[Nazirov F.G., Turakulov U.N., Akbarov M.M., Saatov R.R. Ispol'zovanie maloinvazivnykh metodov korrektsii yatrogenykh povrezhdenij vnephechnykh zhelchnykh protokov i naruzhnykh zhelchnykh svishchej. Endoskopicheskaya hirurgiya. 2018; 24(5):7–9. In Russian]. <https://doi.org/10.17116/endoskop2018240517>

8. Kim T.H., Bae H.J., Hong S.G. A Rare Fatal Bile Peritonitis after Malposition of Endoscopic Ultrasound-Guided 5-Fr Naso-Gallbladder Drainage. Clinical Endoscopy. 2020; 53(1):97–100. <https://doi.org/10.5946/ce.2019.032>

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН СЎНГ ҚОРИН БЎШЛИҒИ ЎТ ОҚИШНИ ДАВОЛАШДА МИНИИНВАЗИВ АРАЛАШУВЛАР

И.Ш. ШОНАЗАРОВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, Ф.О. МИЗАМОВ, О.А. ҲАМИДОВ

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон

Мақсад. Холецистэктомиядан кейин пайдо бўлган қорин бўшлиғига ўт оқишини (ҚБЎ) жарроҳлик йўли билан тузатиш учун миниинвазив усуллардан фойдаланишнинг афзалликларини ўрганиш.

Беморлар. ҚБЎ билан оғриган 49 нафар беморни текшириш ва даволаш натижалари ўрганилиб, улар икки гуруҳга бўлинган. Таққослаш гуруҳига 2001–2010 йилларда операция қилинган 22 (44,9%) бемор киритилган бўлиб, комплекс даволашда умумий қабул қилинган стандарт ёндашувлар қўлланилган. Асосий гуруҳга 2011–2020 йилларда операция қилинган 27 нафар (55,1%) бемор киритилган бўлиб, уларда жарроҳлик йўли билан даволашнинг устувор усуллари сифатида миниинвазив жарроҳлик ва эндоскопик аралашувлар қўлланилди.

Натижалар. Холецистэктомиядан кейин ҚБЎ частотаси 0,8% ни ташкил қилади, ярмидан кўпида (57,2%) бу асоратнинг сабаби «кичик» шикастланишлар бўлиб (ўт пуфаги йўли чўлтоғининг етишмовчилиги, шикастланган Люшка йўллари, гепатикохоледох дренажлари дислокацияси), деярли ҳар доим (93,3% ҳолларда) ультратовуш текшируви остида пункцион, трансдуоденал эндоскопик аралашувлар ва лапароскопия усуллари ёрдамида, кенгайтирилган релапаротомияга мурожаат қилмасдан тузатилиши мумкин.

Хулоса. Холецистэктомиядан кейин ҚБЎ билан оғриган беморларда миниинвазив жарроҳлик/эндоскопик аралашувларнинг устувор фойдаланиш тамойилларига риоя қилиш операциядан кейинги/муолажалардан кейинги асоратларни 36,4% дан 11,1% гача камайтиришга ва ушбу жиддий асоратда ўлим хавфини камайтиришга ёрдам беради.

Калит сўзлар: ўт тош касаллиги, холецистэктомия, асоратлар, ўт оқиши, ўтли перитонит, даволаш.

Сведения об авторах:

Шоназаров Искандар Шоназарович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии факультета постдипломного образования Самаркандского государственного медицинского университета, врач-хирург приемного отделения Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
E-mail: iskandarshonazar@gmail.com.

Курбаниязов Зафар Бобожанович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Самаркандского государственного медицинского университета.
E-mail: dr.zafar@list.ru.

Мизамов Фуркат Очилович – ассистент кафедры хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии факультета постдипломного образования Самаркандского государственного медицинского университета.
E-mail: furkat.mizamov1966@gmail.com.

Ҳамидов Обид Абдурахманович – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой клинической радиологии Самаркандского государственного медицинского университета.

Поступила в редакцию: 18.10.2022

Information about the authors:

Shonazarov Iskandar Shonazarovich – Candidate of Medical Sciences, Associate professor of the Department of Surgery, Endoscopy and Anesthesiology-Resuscitation of the Faculty of Postgraduate Education of the Samarkand State Medical University, a surgeon at the Emergency department of the Samarkand branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine.
E-mail: iskandarshonazar@gmail.com

Kurbaniyazov Zafar Bobozhanovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Surgical Diseases No.1 of the Samarkand State Medical University.
E-mail: dr.zafar@list.ru

Mizamov Furkat Ochilovich – Assistant of the Department of Surgery, Endoscopy and Anesthesiology-Resuscitation of the Faculty of Postgraduate Education of Samarkand State Medical University.
E-mail: furkat.mizamov1966@gmail.com.

Hamidov Obid Abdurakhmanovich – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Clinical Radiology of Samarkand State Medical University.

Received: 18.10.2022