

Date: 15th May-2025

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНОЭНДОБИЛИАРНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Шомуродов Хабибулло Абдумалик угли

Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд,
Узбекистан.

Абсаломов Махсуджон Улугбек угли

Самаркандский филиал республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи

Среди причин, приводящих к развитию желчного перитонита, основными являются истечение желчи из дополнительных желчных протоков в брюшную полость после операций на желчных путях, несостоятельность культи пузырного протока после холецистэктомии, дислокация установленного дренажа после холедохотомии, интраоперационное повреждение общего печеночного протока (2,5,7).

Основной причиной развития послеоперационного перитонита является попадание желчи в свободную брюшную полость. По данным литературы, частота желчного перитонита значительно варьирует: от 0,4% до 4% при хроническом холецистите и достигает 10% при остром холецистите.

Цель исследования: Улучшение результатов диагностики и лечения больных с послеоперационным желчным перитонитом с применением малоинвазивных методов хирургической коррекции.

Материал и методы. Представлены результаты обследования и лечения 49 больных с желчным перитонитом, возникшим в результате истечения желчи в брюшную полость после операций на желчных протоках.

В 9 случаях послеоперационный перитонит развился из-за дополнительных (аберрантных) желчных протоков в желчном пузыре (протоки Люшка), в 14 случаях - из-за несостоятельности культи пузырного протока вследствие соскальзывания клипс или лигатур, у 5 больных - из-за дислокации дренажа, установленного в гепатикохоледох, у 21 больного - вследствие ятрогенного повреждения общего желчного протока.

В исследовании, направленном на решение проблем разработки новой тактики лечения и диагностики желчного перитонита с учетом современных тенденций развития хирургии, больные были разделены на две группы. I группа (группа сравнения) включала 22 больных (1,1% из 2048 пациентов), у которых развился послеоперационный перитонит желчевыводящих путей в 2001-2010 гг. При комплексном лечении применялись стандартные общепринятые подходы. Во вторую группу (основную) вошли 27 пациентов (0,7% из 3801), оперированных в 2011-2020 гг., у которых алгоритм проведения диагностических и лечебных мероприятий основывался на принципах FTS - программы ускоренного восстановления (ПУВ), и в



Date: 15th May-2025

качестве приоритетных методов хирургического лечения использовались миниинвазивные хирургические вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ результатов лечения больных с послеоперационным желчным перитонитом, развившимся как осложнение после холецистэктомии, показал, что все 6 пациентов группы сравнения, у которых в результате желчеистечения развился местный желчный перитонит с объемом подпеченочной жидкости до 100 мл, подверглись повторному хирургическому вмешательству - у 3 пациентов была выполнена реканализация контрапертуры с дренированием подпеченочной области, у 3 пациентов проведена релапаротомия. В основной группе были достигнуты противоположные результаты, где специальные эндоскопические и диапневтические методы позволили избежать повторной хирургической операции - всем 7 пациентам удалось отказаться от релапаротомии: 3 пациентам выполнена пункция биломы под контролем ультразвука, еще 3 пациентам при релапароскопии проведено устранение истечения желчи в брюшную полость и санация подпеченочной области, в одном случае дислокация дренажа из холедоха и истечение желчи были скорректированы с помощью ЭПСТ и назобилиарного дренажа.

Таким образом, внедрение миниинвазивных методов коррекции желчеистечения в брюшную полость, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств, пункций брюшной полости под ультразвуковым контролем, лапароскопии позволило отказаться от повторной лапаротомии у 93,3% больных с "малыми" повреждениями желчных протоков. Релапаротомия произведена только 1 больному.

Заключение. Частота послеоперационного желчного перитонита составила 0,8%, при этом в 57,2% случаев наблюдалось "малое" повреждение (недостаточность культы пузырного протока, повреждение ходов Люшка, дислокация дренажа из гепатикохоледоха), а в 42,8% случаев - интраоперационное повреждение основного желчного протока. Применение пункционных методов под ультразвуковым контролем, трансдуоденальные эндоскопические вмешательства и лапароскопия позволили отказаться от релапаротомии у 93,3% больных основной группы с послеоперационным желчным перитонитом вследствие "малых" повреждений желчных протоков. При выявлении повреждения основного желчного протока в течение первых 48 часов наилучшие результаты были получены при наложении высокоточного гепатикоюноанастомоза по Ру. Оптимизация тактики хирургического лечения больных с послеоперационным желчным перитонитом на основе принципов селективного применения миниинвазивных хирургических вмешательств позволила улучшить результаты лечения в основной группе: гнойно-септические осложнения составили 11,1%, в группе сравнения - 36,4%, а летальность - 5,5% соответственно.

