

6. **Осмоловский, С.В.** Факторы риска заболеваемости детей Приморского края болезнями нервной системы [Текст] / С.В. Осмоловский, С.Л. Колпаков, Д.С. Осмоловский // Детская и подростковая реабилитация, 2019. - № 1 (37). - С. 38 - 44.
7. **Трошин, В.Д.** Нервные болезни детей и подростков [Текст]: учеб. пособ. для системы послевуз. проф. образования врачей / В.Д. Трошин, О.В. Трошин, Е.М. Бурцев // Мин. Здравоохранения РФ, Гос. образоват. учреждение Всерос. учеб.-метод. центр по непрерыв. мед. и фармацевт. образованию.- Москва, 2004.
8. **Романова, М.А.** Болезни нервной системы, психические расстройства и расстройства поведения у больных туберкулезом детей [Текст] / М.А. Романов, А.В. Мордык // Забайкальский медицинский вестник, 2017. - № 3. - С. 62 - 66.
9. **Куренков, А.Л.** Оценка двигательных нарушений при детском церебральном параличе и других болезнях нервной системы детей [Текст]: дис. ... д-ра. мед. наук / А.Л. Куренков.- Москва, 2005.
10. **Абдурашитова, Ш.А.** Основные особенности общей заболеваемости болезнями нервной системы среди детей в Узбекистане [Текст] / Ш.А. Абдурашитова, К.Ч. Нурмаматова // Молодой ученый. - 2017.- № 7 (141). - С. 125-128.
11. **Шериева, Н.Ж.** Социально-гигиеническая характеристика инвалидов Ошской области Кыргызской Республики [Текст] / Н.Ж. Шериева // Научный аспект.- 2020.- Т. 16. -№ 2. - С. 2104-2112.

DOI:10.54834/16945220\_2021\_1\_92

Поступила в редакцию 29. 02. 2022 г.

**УДК 616.366-089.87-06-089.193.4****Мусаев У.С.***д.м.н., и.о. доцента КГМА им. И.К. Ахунбаева, Кыргызская Республика***Балтабаев А.И.***аспирант КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова, Кыргызская Республика***Курбанбаев О.И.***к.м.н. ММФ Ошского госуд. универ., Кыргызская Республика*

## **ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КИЙИН ПАЙДА БОЛГОН КЫЙЫНЧЫЛЫКТАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ**

*Изилдөөнүн предмети болуп өттүн таш оорусу менен 1121 бейтапка жасалган операциядан кийин пайда болгон кабылдоолор. Өттүн таш оорусунда холецистэктомия техникасынын өркүндөтүлгөнүнө карабастан, татаалдашуулардын жыштыгы жогорку деңгээлде сакталууда, бул учурларда өзгөчө кайрадан операциялар талап кылынган. Изилдөөнүн максаты - татаалдашуулардын мүнөзүн аныктоо жана өттүн таш оорусунда операциядан кийин кайталанган хирургиялык кийлигишүүлөрдүн натыйжаларын баалоо болуп саналат. Материалдар жана изилдөө методдору - 1121 бейтапта холелитиазга жасалган операциялардан кийинки татаалдашуулардын анализи берилген. Текшерүүдө клиникалык, лабораториялык жана аспаптык ыкмалар колдонулган. Натыйжалар- операция жасалган 1221 оорунун 112синде (9,1%) табылган, алардын ичинен эң алыскы салмакты холедохолитиаз (66 адам - 58,9%), жалпы өт жолдорунун структурасы - (38 адам - 33,9%) жана андан аз бейтаптар ээлеген, тез-тез ятрогендик жаракаттар (8 адам - 7,19%). Анализ холецистэктомия жолу менен жүзөгө ашырылуучу жеткиликтүүлүк тандоодо кыйынчылыктардын жыштыгына жараша эч кандай кыйынчылыктарды аныктаган жок, алар кандай гана жол менен болбосун (лапаротомиялык, лапароскопиялык) пайда болгон. Бардык бейтаптарга кайра операция жасалды, жакынкы аралыкта 8де (7,1%) татаалдашкан. Холецистэктомиядан кийин органикалык татаалдашууларда экинчи операция көрсөтүлөт.*

*Негизги сөздөр:* өттүн таши оорусу; холецистит; холедохолитиаз; холецистэктомия; хирургиялык дарылоо; татаалдашуулар; кайрадан жасалган операциялар.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ВОЗНИКШИХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*В статье предметом исследования является 1121 больных с осложнениями после операций, выполненных из за желчнокаменной болезни. Несмотря на совершенствование техники холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни, частота осложнений до сих пор остается на высоком уровне, коррекция которых требует проведения повторных операции. Цель исследования – определить характер осложнений и оценить результаты повторных оперативных вмешательств, выполненных после холецистэктомии. Материалы и методы исследования-представлен анализ осложнений после операций, выполненных по поводу желчнокаменной болезни у 1121 больного. В обследовании использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы. По результатам исследования, из 1221 оперированных осложнения выявлены у 112 (9,1%) пациентов. Из них наибольший удельный вес занимали больные с холедохолитиазом (66 чел. – 58,9%), стриктурами холедоха (38 чел. – 33,9%) и, реже, имели место ятрогенные повреждения (8 чел. – 7,19%). При анализе осложнения не выявлено достоверной взаимосвязи частоты развития осложнений от выбора оперативного доступа при холецистэктомии (лапаротомический, лапароскопический). Все больные повторно оперированы, осложнения в ближайщие сроки возникли у 8 (7,1%) пациентов. При органических осложнениях после холецистэктомии показана повторная операция.*

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь; холецистит; холедохолитиаз; холецистэктомия; оперативное лечение; осложнения; повторные операции.

## RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATIONS AFTER CHOLECYSTECTOMY

*Subject of research. 1121 patients with complications after operations performed for cholelithiasis. Despite the improvement of the technique of cholecystectomy in case of gallstone disease, the frequency of complications remains at a high level, especially in choledocholithiasis, in which repeated operations are required. Purpose of the study - determine the nature of complications and evaluate the results of repeated surgical interventions performed after surgery for cholelithiasis. Materials and methods. The analysis of complications after operations performed for cholelithiasis in 1121 patients is presented. The examination used clinical, laboratory and instrumental methods. Results. Out of 1221 operated complications were found in 112 (9.1%), of which the greatest extra weight was occupied by patients with choledocholithiasis (66 people - 58.9%), common bile duct strictures - (38 people - 33.9%) and iatrogenic injuries were less common (8 people - 7.19%). The analysis did not reveal any complications depending on the frequency of complications on the choice of access performed by cholecystectomy; they occurred with any access (laparotomic, laparoscopic). All patients were re-operated, complications in the near term occurred in 8 (7.1%). Recommendation. With organic complications after cholecystectomy, a second operation is indicated.*

**Key words:** gallstone diseases; cholecystitis; choledocholithiasis; cholecystectomy; surgical treatment; complications; reoperations.

**Введение.** Лечение желчнокаменной болезни, особенно ее осложненных форм, в настоящее время оперативное [1,2,3]. Также идут попытки использовать медикаментозное лечение, в том числе дробление камней в желчном пузыре, но их результаты малоэффективны [4]. На протяжении многих лет были выполнялись многочисленные экспериментальные и клинические исследования направленные на разработку и обоснование сроков операции, выбора оптимального доступа, техники выполнения

минилапаротомного доступа довольно эффективны и могут быть использованы даже при деструктивных формах холецистита [9,10], но у большинства больных при отсутствии противопоказаний выполняется лапаратоскопическая холецистэктомия [11-15]. Кроме того, не потерял своего значения и традиционный доступ при осложненных формах холецистита [16]. Однако, несмотря на достижения в технике их выполнения, в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде возникают осложнения, требующие повторной операции, что явилось для нас основанием для выполнения данного исследования.

**Цель исследования.** Определить характер осложнений и оценить результаты повторных оперативных вмешательств, выполняемых по поводу осложнений, возникших после операции при желчнокаменной болезни.

**Материал и методы исследования.** В период 2015 - 2020 годов было оперировано 1221 больных по поводу желчнокаменной болезни. Из них с осложнениями и рецидивным холедохолитиазом поступило 112 больных, что составило 9,1%. Женщин было 89, мужчин - 43. Возраст больных колебался от 28 до 72 лет. Давность выполненной ранее операции составляла от 1 месяца до 5 лет.

Из 112 больных со свежими повреждениями внепеченочных желчных протоков поступили 8 больных (7,1 %) (ятрогенные повреждения), с осложнениями в отдаленные сроки в виде стриктур желчных путей - 38 чел. (33,9 %), а остальные поступили по поводу рецидива холедохолитиаза (66 чел. – 58,9 %). Из числа поступивших с осложнениями и рецидивом холедохолитиаза, первая операция выполнена в нашей клинике у 18 больных, а остальные оперированы в других лечебных учреждениях республики. Из традиционного лапаратного доступа оперировано 48 больных (при осложненных формах холецистита), 605 пациентов из минилапаротомного доступа и у 504 больных произведена лапароскопическая холецистэктомия.

В обследовании больных помимо общеклинических методов использовали УЗИ до операции, во время ее выполнения и в послеоперационном периоде, рентгенологический метод (интраоперационная холангиография), а также трансиллюминацию и зондирование протоков. Полученные результаты обрабатывали с определением относительных величин [%].

**Результаты и обсуждение.** Все поступившие больные нуждались в повторном оперативном лечении, так как у большинства обследованных имело место механическая желтуха и, реже, желчный перитонит (8 чел.).

Наиболее многочисленную группу составили больные с рецидивным холедохолитиазом. У 51 больного при УЗИ в холедохе были обнаружены конкременты, а у остальных (15 чел.) – расширение желчных протоков, свидетельствующих о нарушении проходимости желчных путей.

После кратковременной подготовки были выполнены оперативные вмешательства. Во время операции определенные технические сложности представляло выделение холедоха из-за наличия множества сращений. У 16 больных после холедохэктомии удалены одиночные плотные конкременты, холедох промыт, проверена его проходимость и операцию завершили наружным дренированием холедоха по Керу, а у 42 больных выполнены билиодигестивные анастомозы в связи с наличием множества мелких конкрементов и смазко образных масс. У 8 больных показанием для наложения билиодигестивного анастомоза явилось неуверенность в проходимости холедоха. Из 66

больных с рецидивом холедохолитиаза после удаления конкрементов у 53 наложен холедоходуоденоанастомоз, а у 13 выполнен холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру.

При выборе наложения анастомоза обращали особое внимание на состояние двенадцатиперстной кишки: если она была расширена, вокруг нее было наличие обширных спаечных сращений, то во избежание рефлюкс-холангита в послеоперационном периоде накладывали холедохоеюноанастомоз. Послеоперационный период в этой группе больных протекал благоприятно. Постепенно улучшалось общее состояние, снижался уровень билирубина и другие показатели функционального состояния печени. Дренаж из общего желчного протока удаляли на 8-9 сутки после контрольной холангиографии. В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 3 больных: у 2 возник экссудативный плеврит, а у одного - нагноение операционной раны. Других осложнений не наблюдали. Сроки стационарного лечения составили  $12,4 \pm 1,14$  койко дня.

Наиболее сложную группу представляли больные с рубцовыми стриктурами на различных уровнях желчных путей. В момент поступления при УЗИ выявлено расширение холедоха и желчных путей. У 5 больных трудно было судить о протяженности стриктуры, поэтому в день операции им была выполнена чрезкожная чрезпеченочная холангиография. Все 38 больных были оперированы. Во время операции у 6 пациентов была установлена рубцовая стриктура в области общего печеночного протока, им наложен бигепатикоеюноанастомоз, а у 18 при рубцовой стриктуре холедоха произведен холедоходуоденоанастомоз. У 14 больных был наложен холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру в связи с наличием выраженного дуоденостаза.

В послеоперационном периоде состояние больных было тяжелым, им проводилась массивная инфузионная и противовоспалительная терапия. Осложнения имели место у 3 больных: пневмония - у одного больного, еще по одному наблюдению были плеврит и нагноение раны. Сроки стационарного лечения в этой группе больных составили  $13,8 \pm 1,13$  койко дня.

Еще одну группу (8 чел.) составили больные с ятрогенными повреждениями желчных путей. Из 8 больных двое ранее были оперированы в нашей клинике: одна по поводу острого калькулезного холецистита и еще одна - по поводу хронического калькулезного холецистита. Повреждения были выявлены в день выполнения операции: одной был наложен холедоходуоденоанастомоз, а второй – холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру. Послеоперационный период протекал тяжело, но благодаря комплексному лечению удалось добиться выздоровления. Остальные 6 больных поступили из других лечебных учреждений через 3-7 дней после операции с клиникой разлитого желчного перитонита. При поступлении было заподозрено ятрогенное повреждение желчных путей. После кратковременной подготовки больные оперированы.

При ревизии органов брюшной полости и желчных протоков у одной выявлено повреждение печеночного протока и стриктура дистального отдела холедоха, в связи с чем наложен гепатикоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру. Послеоперационный период протекал тяжело. Еще у 3 больных обнаружено повреждение правого и левого печеночного протока. Им выполнен бигепатикоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру с двухсторонним транспеченочным дренированием по Прадери. Необходимо отметить, что все операции отличались технической сложностью, значительной травматичностью и

тяжестью послеоперационного течения. Осложнения отмечены у двух больных.

Продолжительность стационарного лечения составила  $16,4 \pm 1,2$  койко дня. Мы выполнили анализ осложнений в зависимости от оперативного доступа. Было установлено, что при традиционном доступе из 42 больных осложнения, требующие повторной операции, обнаружены у 2 (4,8 %), при минилапаротомном доступе из 605 у 62 (10,2 %), а при лапароскопическом из 504 у 48 пациентов (9,5 %). Следовательно, возникновение осложнений как при минилапаротомном, так и лапароскопическом доступе были почти на одинаковом уровне ( $P > 0,05$ ), лишь после традиционной лапаротомии число осложнений, требующих повторной операции были ниже (4,8 %).

Таким образом, результаты наших исследований позволяют отметить, что повторные операции являются оправданными в лечении осложнений после холецистэктомии и, несмотря на их сложность и травматичность, осложнения в ближайшие сроки после операции составили 7,1% (8чел.), летальных исходов не было.

### Выводы:

1. Наибольшую группу больных с осложнениями после холецистэктомии составили больные с редицивным холедохолитиазом, требующим повторной операции;
2. При органических осложнениях после холецистэктомии повторные операции оправданы.

### Список литературы:

1. Дадвани, С.А. Желчнокаменная болезнь [Текст] / С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулуто.- М.: Медицина, 2000. - 178 с.
2. Оморов, Р.А. Диагностика и лечение механической желтухи различного генеза [Текст] / Р.А. Оморов, Ж.Т. Конурбаева, Р.Т.Усенбеков.- Б.: ОсОО М МахИа, 2005. - 337 с.
3. Kuroda, Y. Biliaryenteric anastomosis by means of a single layer serosubmucosal sutures without T-tube drainage [Текст] / Y.Kuroda, Y.Suzuki, Y.Ku // Arch.surg. – 1996. - P. 124 - 126.
4. Чекмазов, Н.А. Способ растворения камней общего желчного протока и желчного пузыря [Текст] / Н.А.Чекмазов, Б.Д. Комаров, С.Е.Еришин // Современные проблемы хирургической гепатологии: матер. IV конф. хирургов-гепатологов. - Тула, 1996. - С. 328 - 329.
5. Алиев, Ю.Г. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни из лапаротомного и миниинвазивных доступов [Текст] / Ю.Г.Алиев, М.А.Чиников, И.С. Пантелеева // Хирургия. - 2014. - №7.- С. 21-25.
6. Баранов, Г.А. Мини – инвазивные способы холецистэктомии больных старших возрастных групп при остром холецистите [Текст] / Г.А. Баранов, Е.А. Решетников, Б.В. Харламов.- Хирургия – 2008. - №6. - С.27 - 30.
7. Ветшев, В. Варианты хирургического лечения острого холецистита у больных с высоким операционным риском [Текст] / В.Ветшев // Вестник хирургии. – 2007. – С. 91 – 96.
8. Оморов, Р.А. Миниинвазивные методы в лечении ЖКБ у больных старшего возраста [Текст] / Р.А.Оморов, Б.А.Авасов, М.Ж.Алиев // Вестник Смоленской гос.мед. академии, 2019.- №4. - С. 147 - 150.
9. Кульчиев, А.А. Вмешательства минидоступа при холедохолитиазе [Текст] / А.А.Кульчиев, С.В. Сивцов, С.В.Ташев // Альманах института хирургии имени А.В. Вишневого, 2011. - №2.- С. 224 - 225.
10. Курбанбаев, О.И. Эффективность индивидуального подхода к выбору метода холецистэктомии при желчнокаменной болезни [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / О.И.Курбанбаев. - Бишкек, 2018. – 24 с.
11. Майстренко, А. Выбор рациональной хирургической тактики у больных с ЖКБ пожилого и старческого возраста [Текст] / А. Майстренко, В.С. Довганюк, А.А. Фекинович // Вестник хирургии, 2010. - №3.- С. 71-77.

12. Смаков, С. Организация хирургического лечения пациентами с заболеваниями желчевыводящих путей [Текст] / С.Смаков // Вестник хирургии.- Казахстана., спец. выпуск №1. - С. 72 - 75.
13. Попова, М.И. Частота развития ранних после операционных осложнений при выполнении экстренной холецистэктомии [Текст] / М.И. Попова, В.А. Столяров, В.А.Бадеян // Вестник мед.института Реавиз, 2017.- №3. – С. 35-37.
14. Beldekas, C.D. Changes in breathing control and mechanics laparoscopy VS. Open cholecystectomy [Текст] / C.D.Beldekas, S.A. Machaelides, T. Roussou // Arch. Surg, 2018. - Vol. 183.141.- P. 16-22.
15. Jain, S.K. A spospicnive randomized study of comparision of clipless cholecystectomy with conventional laparoscopic cholecystectomy [Текст] / S.K. Jain, R.Tanwar, R.S. Kaza // J. Laparoendosc. Adv.Surg. Tech., 2017. - P. 203-208.
16. Дадвани, С.А. Желчнокаменная болезнь [Текст] / С.А.Дадвани, П.С.Ветшев, А.М. Шулутко // М.ВИДАР. - 2000.- 212с.

DOI:10.54834/16945220\_2021\_1\_98

Поступила в редакцию 03. 03. 2022 г.