

УДК: 617-089-844

*Абдиев А.А.**к.м.н. Кыргызской гос. мед. академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызская Республика**Сапаров С.Ш.**преп. Кыргызской гос. мед. академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызская Республика**Токтосунов А.С.**к.м.н. врач-хирург Ошской межобласт. объедин. клин. больн., Кыргызская Республика**Бейшенбаев Р.К.**к.м.н. Кыргызской гос. мед. академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызская Республика**Анаркулов Т.Н.**преп. Ошского государственного университета, Кыргызская Республика*

КАЛДЫК ЖАНА КАЙРАДАН ПАЙДА БОЛГОН ХОЛЕДОХОЛИТИАЗДА КАЙТАЛАНГАН ОПЕРАЦИЯЛАР

Бул жумушта изилдөөнүн предмети болуп калдык жана кайрадан пайда болгон холедохолитиазда кайталанган операциялар эсептелинет. Изилдөөнүн максаты - калдык жана кайталануучу холедохолитиазды кайра-кайра оперативдүү дарылоонун натыйжаларын талдоо. Изилдөөнүн методдору: клиникалык жана лабораториялык, инструменталдык колдонулган холедохоскопия. Жыйынтыктар: калдык жана кайталануучу холедохолитиазды дарылоонун эң эффективдүү ыкмасы минималдуу инвазивдүү эндоскопиялык операциялар болуп саналат. Натыйжалардын өзгөчөлүктөрү жыйынтыкка келген холедохолитиазды эндоскопиялык дарылоо башка жолдордун арасында оптималдуу деп эсептелет. Алынган натыйжанын практикалык мааниси: жалпы абалы тез жаакшырат, сарык оорусу тезирээк жоголот жана стационардык дарылоонун мөөнөтү эң кыска. Изилдөөлөрдүн натыйжасында хирург ар дайым ар кандай технологиялардын арсеналын тандоого жөндөмдүү болуусу сунушталат.

Негизги сөздөр: өт тааш оорусу; холедохолитиаз; кайталанган операция жасоо; татаалдашуу; карылык; кайталануучу; калдык.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ И РЕЦИДИВНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

В данной работе предметом исследования является повторные операции при резидуальном и рецидивном холедохолитиазе. Цель исследования: анализ результатов повторного оперативного лечения резидуального и рецидивного холедохолитиаза. Методы исследования - использованы клинические и лабораторные, инструментальные холедохоскопия. Полученные результаты: наиболее эффективным методом лечения резидуального и рецидивного холедохолитиаза являются малоинвазивные эндоскопические операции. Особенности полученных результатов: эндоскопическое лечение холедохолитиаза считается оптимальным среди других способов. Практическая значимость полученного результата: быстрое улучшение общего состояния, достоверно быстрее исчезает желтуха и сроки стационарного лечения самые короткие. В результате исследований рекомендуется, чтобы хирург всегда имел возможность выбирать из арсенала различных технологий.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; холедохолитиаз; повторные операции; осложнения; пожилой возраст; рецидивный; резидуальный.

REPEATED OPERATIONS FOR RESIDUAL AND RECURRENT

In this paper, the subject of the study is repeated operations for residual and recurrent choledocholithiasis. The aim of the study is to present an analysis of the results of repeated surgical treatment of residual and recurrent choledocholithiasis. The research methods used are clinical and laboratory, instrumental choledochoscopy. The results obtained show that minimally invasive endoscopic surgery is the most effective method of treating residual and recurrent choledocholithiasis. The features of the results obtained concluded that endoscopic treatment of choledocholithiasis is considered optimal among other methods. The practical significance of the result obtained is that the general condition improves rapidly, jaundice disappears significantly faster and the terms of inpatient treatment are the shortest. As a result of the

research, it is recommended that the surgeon always have the opportunity to choose from an arsenal of different technologies.

Key words: *gallstone disease; choledocholithiasis; repeated operations; provision; old age; recurrent; residual.*

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одной из самых распространенных заболеваний в абдоминальной хирургии, по данным ВОЗ и многих исследователей ее частота увеличивается [1,2], и наряду с ростом ЖКБ растет число больных с таким осложнением как холедохолитиаз, частота которого колеблется от 15 до 50%. Диагностика и выбор оптимального способа лечения вызывает трудности и это осложнение является ведущим при ЖКБ [3,4]. В момент операции на желчных путях не всегда удаляются все конкременты из холедоха в связи с недостаточным обследованием до операции и в момент выполнения неиспользование инструментального обследования, особенно при выполнении эндовидеохирургических вмешательств, поэтому после операции наблюдаются те же признаки заболевания, которые были отмечены ранее, в 60-70% случаев развивается механическая желтуха и холангит различной степени тяжести. Такое развитие клиники часто именуется постхолецистэктомическим синдромом, у которых при детальном обследовании у 70-75% пациентов обнаруживается холедохолитиаз [5,6,7] лечение которого более сложное, чем при первой операции.

В лечении рецидивного и резидуального холедохолитиаза большое значение имеет ранняя декомпрессия желчных путей и чем она быстрее выполняется, тем реже возникают осложнения и чаще отмечается благоприятный исход [8,9]. В этом плане приоритетным направлением является эндоскопическая ретроградная холангиография, чрескожная чреспеченочная и в диагностике [10,11,12], а методом выбора оперативного лечения ЭПСТ реже открытые операции (холедохолитотомия с наружным или внутренним дренированием [13,14]. Однако, несмотря на большое число публикаций посвященных холедохолитиазу, до настоящего времени окончательно не решены многие вопросы и не дана оценка результатам.

Цель исследования. Представить анализ результатов повторного оперативного лечения резидуального и рецидивного холедохолитиаза.

Материал и методы. Под наблюдением было 144 больных, у 63 ранее выполнена холецистэктомия, а у 81 холецистэктомия с холедохолитотомией наружным дренированием. До 6 месяцев после операции болевой синдром возник у 88 (61,1%), а у остальных после 6 месяцев. Женщины 96, мужчины 48. Возраст больных от 26 до 82 лет, но большинство из них пожилого и старческого возраста средний возраст которых 66 лет. В обследовании использовали клинические методы (анамнез, результаты объективного исследования), лабораторные (общий анализ крови, печеночные и почечные тесты) и инструментальные (УЗИ, КТ, МРТ, ЭРПХГ).

Результаты. После обследования все пациенты были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Использовано 3 метода лечения: эндоскопическое извлечения конкрементов из холедоха у 30и (20,8%), повторные открытые операции лапаротомия, холедохолитотомия с наружным дренированием у 68 и повторные операции с внутренним дренированием у 46и. Осложнения в первой группе с наружным дренированием отмечены у 2 больных: у одной билиарный панкреатит и у одного кровотечение в момент папилосфинктеротомии, летальный исход больного нарастающей полиорганной недостаточности. Во второй группе отмечено 4 осложнения, а в третьей 3 осложнения из 46 оперированных. В двух последних группах летальных исходов не было.

При оценке результатов лечения больных 3 групп были отмечены положительные результаты. У большинства пациентов первой группы быстрее исчезал болевой синдром, нормализовалась температура, исчезала желтуха и улучшались показатели функции печени.

Заключение. Наиболее эффективным методом лечения резидуального и рецидивного холедохолитиаза являются малоинвазивные эндоскопические операции. При невозможности выполнения эндоскопических вмешательств на холедохе, использовать открытые операции в сочетании с наружным или внутренним дренированием.

Материал и методы обследования. Под наблюдением находилось 144 больных с резидуальным и рецидивным холедохолитиазом, из них 96 женщин и 48 мужчин, возраст от 26 до 82 лет, но многие были старше 60 лет (29,2%), почти одна треть из числа поступивших.

Из анамнеза установлено, что 63 больных были ранее оперированы по поводу острого калькулезного холецистита, а 81 по поводу ЖКБ осложненной холедохолитиазом, им была выполнена холецистэктомия с холедохолитотомией и наружным дренированием. Из 144 оперированных у 88 (61,1%) после операции в сроке до 6 месяцев появились боли и диспепсические явления, как и большинство исследователей отнесли к резидуальному холедохолитиазу, а у 56 пациентов позже 6 месяцев относятся к рецидивному, хотя это деление считается условным.

В обследовании поступивших учитывали анамнез, результаты осмотра, лабораторные исследования (общий анализ крови, определили печеночных и почечных тестов) инструментальных (холедохоскопия, УЗИ, КТ и МРТ, - по показаниям) на всех этапах: до операции, в момент ее выполнения и в послеоперационном периоде.

Полученные результаты обрабатывали путем определения средней арифметической (M), средней квадратической (G) величины и ошибки ряда (m), а степень достоверности по t критерию таблицы Стьюдента.

В процессе работы нами были выделены три группы в зависимости от метода оперативного лечения. Первую группу составили 30 больных, у которых конкременты извлечены с использованием эндоскопического метода, во вторую группу 68 больных, им выполнена лапаротомия холедохолитотомией и наружным дренированием, у 46 пациентов холедохолитотомия с внутренним дренированием.

Результаты. У 30 больных при эндоскопическом исследовании двенадцатиперстной кишки выявляли большой дуоденальный сосочек, канюлировали холедох, вводили контрастное вещество, делали рентген снимок, а затем извлекали конкремент, у 26 удалось извлечь конкремент, а у 4х выполнена папилосфинктеротомия из-за большой величины конкремента, наличия дивертикула двенадцатиперстной кишки.

При папилосфинктеротомии у одного больного возникло кровотечение, которое было остановлено введением раствора адреналина и коагуляцией.

Еще у одной, которая дважды ранее оперирована по поводу рецидивного холедохолитиаза, после извлечения конкремента, которое не представляло сложностей, возник острый билиарный панкреатит, он быстро прогрессировал, что привела к летальному исходу и выраженной механической желтухе и полиорганной недостаточности.

После эндоскопического извлечения конкрементов состояние больных быстро улучшалось, уже на следующий день нормализовалась температура, быстро уменьшалась желтуха и на 4-5 сутки печеночные тесты достигали нормы.

Вторую группу составили 68 больных, которым выполнены открытые операции – лапаротомный доступ-холедохолитотомия, извлечение конкрементов и дренирования холедоха по Вишневному (чаще) и реже по Керу.

В момент операции осложнений не наблюдали. После операции состояние постепенно улучшалось, уменьшалась желтуха, но у 4 больных через дренаж выделялось большое количество желчи на протяжении 6 суток, при холангиографии обнаружено наличие не удаленных конкрементов в холедохе небольших размеров. У всех этих больных удалось конкремент удалить эндоскопически и восстановить проходимость. Осложнения отмечены у 4 пациентов, у 2 х больных желчеистечения через страховые дренажные трубки и у 2 х больных нагноение послеоперационной раны.

И третью группу составили 46 больных им выполнена холедохолитотомия с внутренним дренированием, это были больные с множественными мелкими конкрементами. Операцию завершали холедоходуоденальным анастомозом по Юрашу-Виноградову 38 больных, у 8 холедохоюноанастомоз на выключенной петле по Ру. В момент операции у одной возникло кровотечение, которое было остановлено. А в послеоперационном периоде у одной больной возникла частичная несостоятельность анастомоза, повторную операцию не выполняли, дренажи обеспечивали адекватное дренирование. Еще у одного послеоперационный период осложнился нагноением раны. Послеоперационные осложнения отмечены у 3 пациентов. У одного пациента длительное время через страховые дренажи выделялось желчь, которое самостоятельно остановилось на 7-8 сутки после операции у остальных двоих нагноение послеоперационной раны. Мы оценили ряд клинических показателей во всех трех группах (таблица 1).

Таблица 1- Клинические показатели после различных операций, выполненных по поводу рецидивного и резидуального холедохолитиаза.

Типы операций	Нормализация температуры	Исчезновение желтухи	Нормализация билирубина	Проведено койко - дней	Количество осложнений	Умерло
Эндоскопическая M ₁ ±m ₁	1,9±0,07	2,7±0,03	3,2±0,12	5,1±0,21	У 2 из 30	1
Открытая операция холедохолитотомия + наружное дренирование, n- M ₂ ±m ₂	3,4±0,012	5,1±0,45	4,5±0,13	15,4±1,12	У 4 из 68	-
Открытая операция + внутреннее дренирование, n- M ₃ ±m ₃	3,8±0,27	6,2±0,11	5,4±0,13	9,4±0,87	У 3 из 46	-
P- степень достоверности						
M ₁ - M ₂	<0,01	<0,01	<0,05	<0,001	Всего 9 (6.3%)	
M ₁ - M ₃	<0,001	<0,001	<0,01	<0,05		
M ₂ - M ₃	>0,05	<0,05	<0,05	<0,001		

Анализ результатов показал существенные преимущества эндоскопических вмешательств, при которых быстро улучшается общее состояние, быстрее нормализуется

температура, достоверно быстрее исчезает желтуха и нормализуется уровень билирубина. Сроки стационарного лечения самые короткие при эндоскопических операциях и самые продолжительные у больных, у которых операция холедохотомия сочеталась с наружным дренированием. Из 144 больных, оперированных повторно осложнения, возникли у 9 (6,3%) и умерла одна (0,7%).

Результаты обсуждения. При желчнокаменной болезни самым частым осложнением является холедохолитиаз. При операциях по поводу ЖКБ далеко не всегда выполняются все рекомендации чтобы предотвратить рецидив болезни, особенно при эндовидеохирургических операциях, когда резко ограничена возможность выполнить исследования с целью выявления холедохолитиаза [3,5]. Резидуальный и рецидивный холедохолитиаз подлежит оперативному лечению и главным этапом является декомпрессия холедоха, которую необходимо выполнить как можно быстрее, чтобы предотвратить тяжелое осложнение как билиарный панкреатит и механическая желтуха [2,7]. В этом плане заслуживают внимания эндоскопические вмешательства – она является оптимальным методом, но несмотря на достижения в совершенствовании методики — это оперативное вмешательство остается затруднительным, она зависит от квалификации врача – эндоскописта, но и владеющему врачу этой методикой не всегда удастся выявить дуоденальный сосочек, канюлировать холедох из-за различных вариантов анатомии, но и влияют изменения, возникшие в результате ранее выполненной операции [4,11,12]. И все же несмотря на эти сложности необходимо совершенствовать эту методику, врачам эндоскопистам повышать квалификацию, выявлять особенности рецидивного и резидуального холедохолитиаза чтобы увеличить удельный вес этих операций, а открытые операции выполнять лишь в случае неудачи эндоскопической операции. Кроме того, необходимо при операциях на желчных путях максимально использовать методы для выявления холедохолитиаза в предоперационном периоде и в момент операции- эти меры являются методом профилактики резидуального и рецидивного холедохолитиаза и только при их обязательном выполнении можно добиться снижения рецидива болезни.

Выводы:

1. Наиболее эффективным методом лечения резидуального и рецидивного холедохолитиаза являются малоинвазивные эндоскопические операции;
2. При невозможности выполнения эндоскопических вмешательств на холедохе использовать открытые операции в сочетании с наружным или внутренним дренированием.

Список литературы:

1. **Бебезов, Х.С.** Тактика хирургического лечения механической желтухи [Текст] / Х.С. Бебезов, Т.А. Осмонов, А.Э. Раимкулов // Здравоохранения Кыргызстана. - 2005. - №1. - С. 24-28.
2. **Lee, J.E.** Endoscopic treatment of difficult bile duct stones by using a double-lumen basket for laser lithotripsy-a case series [Текст] / J.E.Lee, J.H. Moon, H.J. Chai // Endoscopy. - 2010. - №2. – Pp. 169-172.
3. **Майстренко, Н.А.** Холедохолитиаз [Текст] / Н.А.Майстренко, В.В.Стуканов. - ЭЛБИ, 2000.- 28 с.
4. **Габриель, С.А.** Эндоскопические чрескапиллярные вмешательства в диагностике и лечении холедохолитиаза [Текст] / С.А.Габриель, В.Ю.Дынько, В.В.Гольфанд // Medical sciences fundamental research. - 2012. - № 2. - С. 276 - 282.
5. **Оморев, Р.А.** Диагностика и лечение механической желтухи различного генеза [Текст] / Р.А.Оморев, Ж.Т. Конурбаева, Р.Т.Усенбеков.- Бишкек: ОсОО Махата, 2005. - 337 с.
6. **Бобоев, Б.Д.** Ультразвуковое исследование в диагностике желчнокаменной болезни и ее осложнений [Текст] / Б.Д.Бобоев // Вестник хирургия. - 2012. - №2. - С. 21-24.
7. **Гостинцев, В.К.** Место малоинвазивных вмешательств в комплексном лечении острых заболеваний гепатобилиарной зоны у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / В.К.Гостинцев, И.В.Горбачева, А.С.Воротынцев // Актуальные проблемы панкреатобилиарной хирургии. - Санкт-Петербург, 2017. - С. 105-106.

8. **Ветшев, П.С.** Хирургическое лечение холедохолитиаза: незывлемые принципы щадящие технологии [Текст] / П.С. Ветшев // Хирургия. -2005. - №8. – С. 91-93.
9. **Баймаханов, А.Н.** Опыт миниинвазивных вмешательств при механической желтухе различной этиологии [Текст] / А.Н.Баймаханов, Д.С.Токсонбаев, Н.К.Сыдыков // Актуальные проблемы панкреатобилиарной хирургии. -Санкт-Петербург, 2017. – С. 97-99.
10. **Алмазов, А.А.** Влияние билиарно-зависимого панкреатита на течение калькулезного холецистита [Текст] / А.А. Алмазов, Ю.А. Пустыльняк, Е.А. Бадаев // Вестник КРСУ. – Бишкек, 2018. – Т.18. - № 6. – С. 11-16.
11. **Арипова, Н.У.** Эндобилиарные вмешательства в лечении больных с механической желтухой [Текст] / Н.У. Арипова, С.К. Матмуратов, А.А. Шерматов // Актуальные проблемы панкреатобилиарной хирургии. - 2017. – 96 с.
12. **Junior, С.С.** Concharison between endoscopic sphincterotomy vs endoscopic sphincterotomy associated with balloon dilation for removal of castrointest [Текст] / С.С. Junior // endoscopic. - 2018.- №10. – Рр. 130-144.
13. **Байрамов, Н.Ю.** Лапароскопическая холедоходуоденоскопия [Текст] / Н.Ю.Байрамов, Н.А.Зайналов, В.А.Пашазаде // Хирургия, журнал им. Н.Н. Пирогова. - 2013. - №1. – С. 43-46.
14. **Балалыкин, А.С.** Наружное дренирование желчных протоков-проблемы и пути их решения [Текст] / А.С. Балалыкин, С.А. Курдо, П.А. Барбадо // Актуальные проблемы панкреатобилиарной хирургии. - Санкт-Петербург, 2017. – 99 с.

DOI: <https://doi.org/10.54834/vi2.393>

Поступила в редакцию: 19.02.2024 г.

УДК:617-089.844.

Токтосунов А.С.

к.м.н., врач-хирург Ошской межобл. объед. клинич. больницы, Кыргызская Республика

Батиров Ж.Р.

врач-хирург Ошской межобл. объед. клинич. больницы Кыргызская Республика

Анаркулов Т.Н.

преп. Ошского государственного университета, Кыргызская Республика

Камчиев К.А

преп. Ошского государственного университета, Кыргызская Республика

Шакиров А.Ш.

преп. Ошского государственного университета, Кыргызская Республика

ИЧТИН ЛАПАРТОМИЯСЫНАН ӨТКӨН БЕЙТАПТАРДЫН ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯСЫНЫН ТЕХНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Бул жумушта изилдөөнүн предмети болуп хирургия эндоскопиялык ыкчам кийлигишүү жакшыртуу жараяны саналат. Изилдөөнүн максаты мурда курсак органдарына лапаротомдук ыкча менен операция жасалган пациенттерде өнөкөт жана курч калькулездуу холециститти хирургиялык дарылоодо лапароскопиялык холецистэктомиянын жыйынтыктарын жакшыртуу. Изилдөөдө лабораториялык, функционалдык жана инструменталдык текшерүү ыкмалары колдонулган, лапароскопиялык холецистэктомиянын салттуу ачык холецистэктомияга караганда артыкчылыктары талашсыз экендиги көрсөтүлгөн: травманын төмөндүгү жана натыйжалардын илимий мааниси эндовидеолапароскопияны андан ары өркүндөтүүгө негиз боло алары белгиленген. Алынган натыйжанын практикалык мааниси бейтаптардын эмгекке жөндөмдүүлүгүн тез арада калыбына келтирүүдө турат. Изилдөөлөрдүн жыйынтыктары республиканын аймактарындагы жаш врачтарга сунушталат.

Негизги сөздөр: лапароскопиялык холецистэктомия; өт тап оорусу; мурда лапаротомия менен операция жасалган; адгезия оорусу; адгезиолиз; минималдык инвазиялык операциялар; эски тырык.