

**ОШИБКИ, ОПАСНОСТИ И УПУШЕНИЯ В ХИРУРГИИ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ**

Ботиров А.К

Солижонов З.Б

Бозоров Н.Э

Отакузиев А.З

Андижанский государственный медицинский институт

Резюме.

Авторы статьи отмечают актуальность проблемы желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее сочетание с холедохолитиазом, а также широкое распространение методик лапароскопических холецистэктомий, традиционных холецистэктомий и холецистэктомий из мини-доступов.

На клиническом, ретроспективном анализе 776 больных хроническим калькулезном холецистите и его сочетаниях с холедохолитиазом, авторами проведен научный анализ ошибок, опасностей и упущений, которые нередко являлись причиной ранних послеоперационных осложнений и развития постхолецистэктомического синдромов. Анализ причин неудовлетворительных результатов и накопление опыта хирургического лечения данного контингента позволил авторам с 2019 года пересмотреть хирургическую тактику.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, традиционная холецистэктомия, лапароскопическая холецистэктомия, холецистэктомия из мини-доступов, желчный пузырь, холедохолитотомия, тромбоэмбolicкие осложнения, тромбоэмболия легочной артерии.

**ERRORS, DANGERS AND OMISSIONS IN THE SURGERY OF
CHOLELITHIASIS AND CHOLEDUCHOLITHIASIS**

Resume.

The authors of the article note the urgency of the problem of cholelithiasis and its combination with choledocholithiasis, as well as the widespread use of laparoscopic cholecystectomy techniques, traditional cholecystectomies and cholecystectomies from mini-accesses.

Based on a clinical, retrospective analysis of 776 patients with chronic calculous cholecystitis and its combinations with choledocholithiasis, the authors conducted a scientific analysis of errors, dangers and omissions, which were often the cause of early postoperative complications and the development of postcholecystectomy syndromes. The analysis of the causes of unsatisfactory results and the accumulation of experience in surgical treatment of this contingent allowed the authors to revise surgical tactics from 2019.

Keywords: gallstone disease, traditional cholecystectomy, laparoscopic cholecystectomy, mini-access cholecystectomy, gallbladder, choledocholithotomy, thromboembolic complications, pulmonary embolism.

Актуальность проблемы. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и ее сочетание с холедохолитиазом, представляет собой одну из наиболее важных медико-социальных проблем современного общества и сопровождается развитием различных осложнений, которые могут носить жизнеугрожающий характер, а также увеличением частоты хирургических вмешательств, что приводит к значительной финансовой нагрузке на мировую систему

здравоохранения, занимая третье место в общей структуре заболеваний после сердечно сосудистых заболеваний и сахарного диабета [1;3;9].

Последние десятилетия ознаменовались широким внедрением малоинвазивных лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) и ретроградной папиллосфинктеротомии – дуоденоскопами при ее осложнении холедохолитиазом, а также методик холецистэктомии (ХЭ) из мини-доступов при наличии противопоказаний к ЛХЭ [2;5]. Тем не менее по определенным показаниям, продолжаются выполнение методик традиционной холецистэктомии (ТХЭ) [6]. В настоящее время ТХЭ выполняют либо в экстренных случаях, либо при сложных формах патологии ЖКБ и желчных протоков [4;7;8].

Материал и методы исследования.

Данная работа основана на анализе проведенного обследования и хирургического лечения 1929 больных с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ) и её осложнениями, перенесших различные виды оперативных вмешательств период с 2016 по 2021 гг. В соответствии с целями и задачами исследования условно выделены 2 группы.

- группа сравнения: 776 (40,3%) больных оперированных за период с 2016 по 2018 годы, которые подлежали ретроспективному анализу.
- основная группа: 1153 (59,7%) больных оперированных за период с 2019 по 2021 годы, которым применены усовершенствованные методики и технические приемы операций и оптимизированная хирургическая тактика.

Характер оперативных вмешательств в зависимости от доступа, использованного в группах больных представлен в таблице 1.

Таблица 1.
Распределение больных в зависимости от использованных методов

Вид вмешательства	Группа сравнения (n=776)		Основная группа (n=1153)		Всего (n=1929)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Традиционная	75	9,6	76	6,6	151	7,8
Лапароскопическая	536	69,1	715	62,0	1251	64,8

ХЭ из мини-доступа	165	21,3	362*	31,4	527	27,3
Всего	776	100	1153	100	1929	100

Примечание: в * применение миниинвазивного доступа с использованием инструментов оригинальной конструкции

Как видно из таблицы 1, в целом, ТХЭ выполнена у 151 (7,8%) больных (первая подгруппа). ЛХЭ выполнена у 1251 (64,8%) больных (вторая подгруппа). ХЭ из мини-доступов - у 527 (27,3%) больных (третья подгруппа).

В группе сравнения из 776 пациентов, ТХЭ выполнена у 75 (9,6%) больных. Из них ТХЭ выполнена через традиционный лапаротомный доступ -косой разрез в правом подреберье по Федорову - у 33 (4,2%) и верхняя срединная лапаротомия - у 42 (5,4%), ЛХЭ - у 536 (69,1%) и ХЭ из мини-доступа - у 165 (21,3%).

В основной группе из 1153 пациентов, ТХЭ выполнена у 76 (6,6%) больных, ЛХЭ - у 715 (62,0%), ХЭ из мини-доступа выполнена у 362 (31,4%) больных. Из них, ХЭ из мини-доступа - у 220 (19,1%) и ХЭ из мини-доступа с использованием инструментов оригинальной конструкции - у 142 (12,3%). В целом, ТХЭ выполнена у 151 (7,8%) больных (первая подгруппа). ЛХЭ выполнена у 1251 (64,8%) больных (вторая подгруппа). ХЭ из мини-доступов - у 527 (27,3%) больных (третья подгруппа).

Клинические, лабораторные и инструментальные исследования проводились на современном уровне, согласно протоколу, утвержденной администрацией и МЗ РУз, которые позволили получить достоверные результаты и решить поставленные задачи исследования.

Результаты и их обсуждение. Традиционные операции по поводу ЖКБ с использованием в качестве оперативного доступа верхнесрединную лапаротомию произвели у 23 больных, что составило 30,7%. Из этого количества больных мужчин оказалось 6 (8,0%), а женщин 17 (22,7%).

Верхнесрединная лапаротомия и в правом подреберье (по Кохеру и Федорову) произведена у 52 (69,3%) пациентов. Из этого числа мужчин

оказалось 6 (8,0%), а женщин 46 (61,3%). Данные цифры показывают, что при традиционных операциях в качестве оперативного доступа предпочтение отдавалось право-подреберному доступу по Кохеру и по Федорову.

ХЭ в «чистом» виде произведено лишь в 9 (12,0%) случаях. Резекция желчного пузыря (ЖП) произведена у 4 (5,3%). В ряде случаев -14 (18,7%), наряду с ТХЭ выполнены симультанные операции. Так, холецистэктомия в сочетании с резекцией желудка произведено у 1 (1,3%) больного, с эхинококэктомией печени - у 4 (5,3%), грыжесечением – у 6 (8,0%) и ампутацией матки – у 3 (4,0%) больных.

В анализируемых нами наблюдениях у 48 (64,0%) больных группы сравнения ХКХ с холедохолитиазом. У этих больных для разрешения холедохолитиаза и желчной гипертензии потребовалось оперативное вмешательство на холедохе. ХЭ, холедохолитотомия (ХЛТ) с наружным дренированием холедоха произведено у 26 (34,6%) больных с желтухой. ХЭ, холедохолитотомия с глухим швом холедоха - у 22 (29,3%) больного без желтухи. Из них 2 (2,7%) в случаях при верхнесрединной лапаротомии и в 4 (5,3%) при широкой лапаротомии в правом подреберье по Кохеру и Федорову.

Из 165 больных ХЭ из усовершенствованного мини-доступа произведена у 82 (49,6%) больных. При склерозе или сморщенном ЖП у 4 (2,4%) больных, произвели резекцию ЖП с коагуляцией слизистой на протяжении. В ряде случаев - 4 (2,4%), наряду с ХЭ из усовершенствованного мини-доступа выполнены симультанные операции. Так, ХЭ в сочетании с эхинококэктомией печени - у 1 (0,6%), грыжесечением – у 2 (1,2%) и удалением кисты яичника - у 1 (0,6%) больной.

В анализируемых нами наблюдениях у 34 (20,6%) больных группы сравнения ХКХ сочетался с холедохолитиазом. У них для разрешения холедохолитиаза и желчной гипертензии потребовалось оперативное вмешательство на холедохе. ХЭ, ХЛТ с наружным дренированием холедоха произведено у 21 (12,7%) больных с желтухой. Дренирование общего ЖПр

было произведено для профилактики послеоперационного холангита. ХЭ, холедохолитотомия с глухим швом холедоха - у 13 (7,8%) больного без желтухи. Данное положение дел, на наш взгляд, было обусловлено внедрением и освоением данного доступа у больных группы сравнения. Сложности, возникшие в процессе операции и потребовавшие конверсии доступа - 41 (17,5%), были связаны со спаечными изменениями в подпеченочном пространстве, при котором возникли трудности холецистэктомии и наличия холедохолитиаза. Симультанные операции в данной группе больных проводилась из отдельного доступа, в зависимости от характера сочетанной хирургической патологии.

Таким образом, по поводу ХКХ используя методику ХЭ из усовершенствованного мини-доступа оперировано 165 больных, что составило 21,3% от общего числа больных группы сравнения (776). Процент симультанных операций при ХЭ из усовершенствованного мини-доступа составил 4 (2,4%) случаев, что значительно ниже, чем в группе больных с традиционными доступами операций.

Анализ характера операций при ХКХ в неосложненном варианте, показал, что у 536 больным произведена ЛХЭ. Из них в 76 (14,2%) случаев, на этапе освоения метода, произведена конверсия метода, причиной которого явилось краевое повреждение печени с кровотечением (48) и холедохолитиаз (28). Использование электрокоагуляции при кровотечении оказалось не эффективным.

Полученные данные наглядно показывают необходимость полной дифференциации выявленных на различных этапах операции атипичных трубчатых структур. Учитывая, что желчный проток имеет различные варианты соотношения с основными желчевыводящими путями, данный факт необходимо обязательно учитывать при ЛХЭ. Риск увеличения операционных и послеоперационных осложнений диктует необходимость индивидуального подхода в каждом конкретном случае.

По поводу ХКХ из 536 лапароскопических вмешательств в 451 (84,1%) случаев выполнена ЛХЭ в изолированном виде. При склерозе или сморщенном желчном пузыре у 1 (0,2%) больной, произвели резекцию ЖП с коагуляцией слизистой на протяжении. В ряде случаев - 8 (1,6%), наряду с ЛХЭ выполнены симультанные операции. Так, ХЭК в сочетании с удалением кисты яичника выполнено - у 8 (1,6%) больных. Хотя процент сочетанных операций лапароскопическим доступом низкий, но необходимо отметить эффективность данного доступа при сочетанной патологии.

В анализируемых нами наблюдениях у 40 (19,3%) больных группы сравнения ХКХ сочетался с холедохолитиазом. У них для разрешения холедохолитиаза предварительно проводилась ретроградная папиллосфинктеротомия с извлечением конкрементов из общего желчного протока – 12 (2,3%). ХЭ, ХЛТ с наружным дренированием холедоха произведено у 17 (3,2%) больных с желтухой. Дренирование общего желчного протока было произведено для профилактики послеоперационного холангита. ХЭ, ХЛТ с глухим швом холедоха - у 11 (2,1%) больного без желтухи.

Кроме того, необходимо отдельно отметить число конверсий или переход на открытый метод оперирования. Конверсий произведено 76, что составило 14,2%. Из общего количества конверсий в 48 (8,9%) случаях причинами были интраоперационные осложнения, а в 28 (5,2%) - холедохолитиаз.

Подводя итоги анализа характера оперативных вмешательств в зависимости от использованного доступа на основании полученных данных, можно заключить, что спектр нозологических форм ЖКБ в группе больных, оперированных с применением «традиционных» доступов широк и разнообразен. Имеется относительно высокий процент (24,0%) симультанных операций. Вместе с тем, при использовании методики малоинвазивной хирургии, спектр по нозологии ЖКБ несколько ограничен. Необходимо констатировать факт низкого процента симультанных операций

(1,7%). Низкий процент симультанных операций с использованием методик малоинвазивной хирургии поднимает новую проблему, для успешного решения которой возникает необходимость дальнейшего поиска, определения тактики и стратегии, разработки принципиально новых направлений, чтобы распространить благоприятные стороны малоинвазивных методик операций на больных с сочетанной патологией.

При анализе результатов хирургического лечения пациентов в группе сравнения, установлены ряд технических и тактических упущений. Так у 11 пациентов при «традиционном» доступе ХЭ выполнена на фоне холангита с глухим швом холедоха, что в послеоперационном периоде привело к несостоятельности культи пузырного протока и желчному перитониту. У данных больных с целью разрешения желчной гипертензии декомпрессионный дренаж в общем желчном протоке не оставлен. К тому же, повышение желчной гипертензии привело и воспалительного процесса, в последующем явилось причиной холангита.

Все эти упущения в совокупности привели к желчному перитониту с общей интоксикацией организма с летальным исходом. Ретроспективный анализ данного наблюдения показал, что следовало произвести предварительно ретроградную папиллосфинктеротомию с извлечением конкрементов из общего желчного протока с установкой назогастродуоденального зонда, а также провести наружное дренирование холедоха. Также следовало провести дренирование отверстия Винслоу, что обеспечило бы своевременную диагностику данного осложнения.

У 48 больных в результате стремления к обязательному малоинвазивному доступу возникло повреждение тканей печени с кровотечением. Хотя кровотечение было остановлено, однако у 6 пациентов к тому же возникло несостоятельность швов культи ЖП с летальным исходом.

У 41 больного группы сравнения в результате стремления малотравматичному доступу потребовалось конверсии доступа. Следует

отметить, что ХЭ из усовершенствованного мини-доступа применялась в начальном периоде нашей работы без предварительной оценки телосложения больного. Например, при остром угле реберной дуги независимо от расположения ЖП целесообразно использовать верхнесрединную лапаротомию или же лапароскопический доступ.

Следует отметить, что у 7 больных в результате неправильной оценки состояния больного в дооперационном периоде и недостаточной подготовки, что при сопутствующей патологии печени, а именно при циррозах привело к кровотечению из ложа печени.

В целом, послеоперационный период у 29 пациентов осложнился несостоятельностью швов культи холедоха, у 7 - послеоперационным панкреатитом, у 9 - желчным свищом и у 13 больных в послеоперационном периоде возник холангит.

У 5 пациентов послеоперационный период осложнился тромбоэмбологическими осложнениями. Из них у 3 пациентов послеоперационный период осложнился острым тромбофлебитом вен нижней конечности. После проведенных комплексных мер пациенты выписаны с выздоровлением. У 1 пациента на 5 сутки возникло тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) с летальным исходом. Анализ показал, что профилактика тромбоэмбологических осложнений (ТЭО) не проводилось. Проведенный нами ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов контрольной группы показал, что нами допущены ряд тактических и технических ошибки. В частности: 1) не уделялось должного внимания давности заболевания к моменту госпитализации, предоперационной подготовке и послеоперационному ведению больных; 2) применение широкой лапаротомии в правом подреберье (по Федорову) при традиционном доступе явилось причиной к развитию послеоперационной грыжи; 3) при определении хирургической тактики и выбора способа операции не учитывались характер изменений в ЖП, а также локализация и диаметр конкрементов, а также их наличие в общем желчном

протоке; 4) при диагностировании холангита в 16 случаях выполнена наложение глухого шва на холедох; 5) ХЭ из мини-доступа проводилась без правильной трактовки полученных результатов и критериев выбора способа, соответственно, прогнозирования возможных технических трудностей; 6) при определении хирургической тактики и выбора доступа не придавалось должного значения коррекции сопутствующей терапевтической патологии, а именно сердечно-сосудистых заболеваний; 7) при диагностировании сочетанной хирургической патологии, требующей её коррекции, этапность, т.е. рациональная последовательность при выборе этапов симультанной операции не соблюдалась; 8) при выполнении ХЭ с холедохолитиазом не проводилась предварительная ретроградная папиллосфинктеротомия с извлечением конкрементов из общего желчного протока с установкой назогастродуоденального зонда.

На наш взгляд, недостатками тактико-технических подходов в группе сравнения являются: а) применение непомерно больших дооперационных диагностических комплексов; б) при подготовки к операции не достаточно проводилась терапия, направленная на снятие воспалительной инфильтрации ЖП, устранение признаков холангита при ее наличии и холедохолитиаза, нормализацию гастродуоденальной моторики и секреторной функции желудка для профилактики постхолецистэктомического синдрома; в) в плане разработки методов и способов профилактики осложнений, особенно раннего послеоперационного периода, не всегда обращено внимание на способы декомпрессии желчного дерева; г) при обработке культи и дренирования холедоха применялось несколько способов без достаточной практики оперирующего хирурга.

д) Стремление к малотравматичному доступу без предварительной оценки желчного дерева на наличие холедохолитиаза при ЛХЭ являлось нередкой причиной конверсии у 76 (14,2%) пациентов, а при наложении глухого шва при открытых операциях к желчному перитониту. В этой связи, в сравниваемой группе несостоятельность культи ЖП с развитием желчного

перитонита у 29 пациентов, у 7 - послеоперационным панкреатитом, у 9 – желчным свищом и у 13 - в послеоперационном периоде возник холангит.

е) При наличии сморщенного ЖП в данной группе использован ЛХЭ, что привело к кровотечению из ложа печени; ж) при выполнении ХЭ из мини-доступа применялась в начальном без предварительной оценки телосложения больного. Например, при остром угле реберной дуги независимо от расположения ЖП целесообразно использовать верхнесрединную лапаротомию, или же лапароскопический доступ; з) Винслоу отверстие дренировалось лишь при сомнении в надежности швов культи ЖП и её атипичной обработке.

Заключение. Все перечисленные ошибки, опасности и упущения, нередко являлись причиной ранних послеоперационных осложнений и развития постхолецистэктомического синдромов. Неудовлетворенность результатами лечения побудила нас переосмыслить упущения, допущенные в группе сравнения. Для этого потребовалось определенное время. Анализ причин неудовлетворительных результатов и накопление опыта хирургического лечения данного контингента позволил нам с 2019 года пересмотреть хирургическую тактику.

Список использованной литературы

1. Михайличенко В.Ю., Кисляков В.В., Резниченко А.М. и др. Современные аспекты хирургического лечения синдрома механической желтухи //Современные проблемы науки и образования. -2019. №3.
2. Мусабоев Н.Х., Имантаев Е.М., Ибрагимов Ш.К. и др. Тактика оперативных технологий при остром холецистите //Вестник КазНМУ. 2015. №1. –с.248-253.
3. Подлужный В.И. Механическая желтуха: Принципы диагностики и современного хирургического лечения //Фундаментальная и клиническая медицина. 2018. Том. 3, №2. –с.82-92.
4. Подлужный В.И. Осложнения желчнокаменной болезни //Фундаментальная и клиническая медицина. -2017. -2., №1. –с.102-104.

5. Совцов С.А. Безопасная холецистэктомия //Учебное пособие. Челябинск. 2019. -40С.
6. Тимербулатов М.В. Хирургическое лечение больных с острым холециститом / М. В. Тимербулатов, Ш. В. Тимербулатов, А. М. Саргсян //Анналы хирургии. -2017. -Т. 22. -№ 1. -С. 20-24.
7. Турбин М.В. Опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии при осложненных формах острого холецистита /Турбин М.В. [и др.] //Современные проблемы науки и образования. -2018. -№ 5. -С. 58.
8. Cocolini F., Catene F., Pisane M., et al. Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute Cholecystitis. Systematic Review and metaanalysis //Int. J. Surg. 2015; 18: 196. 204С.
9. Littlefield A., Lenahan C. Cholelithiasis: Presentation and Management //Journal of Midwifery & Women's Health. -2019. -Vol. 64. – № 3. -P. 289-297.