

Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Баратов М.Б

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЖЕЛЧНЫХ ПЕРИТОНИТАХ

Монография



САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

«СОГЛАСОВАНО»

Председатель Экспертного
совета при СамГМУ
С.Э. Мамараджабов

«12» март 2023 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по научной работе и
инновациям СамГМУ
Ш.Х. Зиявуддин

«11» март 2023 г.



Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Баратов М.Б.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ
ПРИ ЖЕЛЧНЫХ ПЕРИТОНИТАХ
(Монография)



Курбаниязов Зафар Бабажанович, Арзиев Исмоил Алиевич Баратов Маннон Бахронович «Оптимизация диагностики и лечебной тактики при желчных перитонитах». Монография. Самарканд, 2023. - 128 с.

Рецензенты:

- Сафоев Б.Б.** Профессор кафедры факультетской и госпитальной хирургии, урологии БухГМИ, д.м.н.
- Рахманов К.Э.** Доцент кафедры хирургических болезней №1 Самаркандского государственного медицинского университета

В монографии представлены основные теоретические вопросы, касающиеся диагностики и хирургического лечения желчного перитонита после холецистэктомии. Освещены критерии диагностики перитонита во время и после операции, методы хирургического лечения и их профилактика. Описывается разработанный авторами алгоритм выбора тактики хирургического лечения больных с перитонитом после холецистэктомии в зависимости от степени желчистечения. Внедрены в клиническую практику миниинвазивные эндоскопические трансдуоденальные вмешательства, диалептические методы и лапароскопия, а также активная консервативная терапия, которые позволили значительно улучшить результаты лечения при малых повреждениях желчных путей. Разработаны тактико-технические аспекты коррекции больших повреждений желчных протоков, осложненных перитонитом в зависимости от типа и уровня травмы. Это позволило улучшить качество диагностики и оптимизировать выбор вида консервативного или оперативного лечения.

Монография предназначена для хирургов, магистров, клинических ординаторов и студентов медицинских институтов.

УДК: 616.366-089.87-06:616.361-072.1-089.193.4

ВВЕДЕНИЕ

Желчный перитонит является тяжелым осложнением острого холецистита, а также следствием желчеоттечения в брюшную полость после операций на билнарном тракте. Вместе с тем, несмотря на всю серьезность данной проблемы, желчному перитониту уделяется недостаточно внимания, хотя летальность при этом осложнении достигает по данным разных авторов от 6,2 до 24%.

Среди причин, приводящих к развитию желчного перитонита основными являются деструктивные формы воспаления желчного пузыря, а также желчеоттечение в брюшную полость после операций на желчевыводящих протоках из добавочных желчных ходов, несостоятельной культы пузырного протока после холецистэктомии (ХЭ), дислокации дренажа установленного после холедохотомии, интраоперационного повреждения общего печеночного протока. При этом особенностью желчного перитонита, в отличие от бактериального перитонита, является стертость клинической картины, что нередко приводит к запоздалой диагностике. В зависимости от стерильности желчи чаще всего развивается холеперитонезом и это довольно часто наблюдается при протекании желчи через стенку желчного пузыря без ее перфорации.

Для лечения желчного перитонита обычно применяется лапаротомия или релапаротомия, которая является сама по себе весьма травматичным вмешательством, при которой послеоперационная летальность достигает 9,1–22,5%. Исход оперативных вмешательств во многом зависит от выбора и последовательности используемых методов хирургической коррекции. Дальнейшие перспективы улучшения результатов хирургического лечения больных желчным перитонитом в настоящее время зависят от применения щадящих мининвазивных оперативных вмешательств – пункционно дренирующих и эндоскопических, выполнения операций до развития системной воспалительной реакции организма и абдоминального сепсиса.

Таким образом, хирургическое лечение желчного перитонита

представляет собой сложную тактико-техническую задачу, решению которой и посвящено наше исследование.

В Узбекистане проводится широкомасштабная работа по социальной защите населения и совершенствованию системы здравоохранения. В этом направлении, в частности, в улучшении хирургического лечения больных с заболеваниями желчевыводящих путей, достигнуты позитивные изменения. Вместе с этим, для улучшения оказываемой помощи пациентам требуются научно-обоснованные результаты по оценке эффективности хирургического вмешательства с учетом предотвращения интраоперационных и послеоперационных осложнений. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан на 2017-2021 годы поставлены задачи по развитию и совершенствованию системы медико-социальной помощи самым уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности.

В ряду поставленных задач, в более узком разрезе, решение проблем оптимизация диагностики и совершенствования методов хирургической тактики больных с заболеваниями желчевыводящих путей и улучшения его результатов можно считать одним из актуальных направлений. Данная диссертационная работа в определенной степени служит выполнению задач, предусмотренных в Указе Президента Республики Узбекистан № УП-6110 от 12 ноября 2020 года «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», Постановлениях Президента Республики Узбекистан № ПП-4887 от 10 ноября 2020 года «О мерах по дальнейшему совершенствованию системы Государственного управления сферой здравоохранения», №ПП-4891 от 12 ноября 2020 года «О дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности работ по медицинской профилактике», а также в других нормативно-правовых документах, непосредственно касающихся

деятельности в данном направлении.

Диагностика и лечение желчного перитонита остаётся сложной клинической задачей (Gabriele R. et al., 2010). Имеющиеся многочисленные исследования, касающиеся этой нозологии, в основном посвящены цитологической диагностике желчного перитонита, роли окислительного стресса, печеночно-почечной недостаточности, клинической и инструментальной диагностике авторы уделяют существенно меньше внимания. Между тем, до настоящего времени отсутствует единая общепринятая классификация желчного перитонита, свидетельствующая о том, что большинство исследователей не склонны преувеличивать его клиническую специфичность и не видит особой разницы между ним и бактериальным перитонитом вследствие повреждения или перфорации стенки одного из отделов ЖКТ (Koch M. et al., 2011). При этом исследование патогенеза, разработка новых методов диагностики и лечения желчного перитонита так же продолжают оставаться вне поля зрения исследователей, несмотря на то, что послеоперационная летальность достигает при желчном перитоните 34% (Багненко С.Ф., 2009; Гардашов Н.Т., 2017; Amorotti C. et al., 2012; Donatelli G. et al., 2014).

Клиническое течение желчного перитонита бывает различно. Оно зависит от быстроты излияния жёлчи в свободную брюшную полость и ее количества. Медленное поступление желчи в живот в ограниченных количествах вызывает подострое и даже хроническое течение жёлчного перитонита со слабо выраженными, а иногда и совсем не выраженными перитонеальными симптомами. Количество экссудата в животе при этом бывает большое, а характер его преимущественно серозно-желчный. Быстрое поступление желчи в живот и значительные количества ее вызывают остро протекающий, преимущественно желчно-геморрагический, перитонит с быстро наступающим смертельным исходом. Количество экссудата в животе при этом обычно небольшое, а в клинической картине преобладают симптомы общей интоксикации. Диагноз желчного перитонита правильно ставится

приблизительно в 10% всех случаев в силу пестроты и стёртости клинической картины. (Назирова Ф.Г. и соавт., 2019; Bobkiewicz A. et al. 2019).

Основной причиной развития послеоперационного перитонита является истечение желчи в свободную брюшную полость. По данным литературы, частота желчного перитонита значительно варьирует: от 0,4% до 4% при хроническом холецистите, достигая 10% при остром холецистите (Ш.И.Каримов и соавторы.,2017; Limaylla-Vega H. et al. 2017).

Клиническая картина желчеистечения после ХЭ зависит от следующих факторов: - темп желчеистечения; степень ограниченности источника желчеистечения; - степень инфицированности жёлчи; - наличие или отсутствие дренажа. Клинические проявления желчеистечения зависят от того, куда происходит сброс. Если жёлчь поступает наружу, через дренаж или точки введения троакаров, то может сформироваться жёлчный свищ; если внутрь, то вероятно развитие биломы, жёлчного асцита, жёлчного перитонита (Э.И.Гальперин и соавторы.,2010; Boldin B.V. et al, 2017).

Сложность ранней диагностики внутрибрюшного желчеистечения 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. 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 неблагоприятные необходимо произвести ряд исследований, которые могут явиться началом активного, целенаправленного динамического наблюдения (А.Г. Бебуриншвили и соавторы., 2009; Seon Ung Yun et al, 2015).

Поскольку лечение желчного перитонита несомненно является

комплексной задачей и требует усилий специалистов различного профиля, исход оперативных вмешательств во многом зависит от выбора и рациональной последовательности применения различных методик. В связи с этим, дальнейшие перспективы улучшения результатов хирургического лечения в определенной мере зависят от применения щадящих оперативных вмешательств (эндоскопических, рентгенохирургических), выполнения операций в более ранние сроки, до развития системной воспалительной реакции и абдоминального сепсиса.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПЕРИТОНИТА

Желчный перитонит является тяжелым осложнением желчнокаменной болезни, а также следствием желчеистечения в брюшную полость после операций на билиарном тракте. Несмотря на всю серьезность данной проблемы, желчному перитониту уделяется недостаточно внимания, хотя летальность при этом осложнении достигает, по данным разных авторов, от 6,2 до 24% (10,16,23,86,100,135).

Среди причин, приводящих к развитию желчного перитонита основными являются деструктивные формы воспаления желчного пузыря, желчеистечение в брюшную полость после операций на желчевыводящих протоках из добавочных желчных ходов, несостоятельной культи пузырного протока после холецистэктомии (ХЭ), дислокации дренажа установленного после холедохотомии, интраоперационного повреждения общего печеночного протока (9,19,36,80,90,123).

При этом, по данным А.М. Хаджибаева и соавт. (2019), особенностью желчного перитонита, в отличие от бактериального перитонита, является стертость клинической картины, что нередко приводит к запоздалой диагностике. В зависимости от стерильности желчи, довольно часто развивается холеперитонеум и это происходит при пропотевании желчи через стенку желчного пузыря без ее перфорации (78,89,142).

Для лечения желчного перитонита обычно применяется лапаротомия или релaparотомия, которая является сама по себе весьма травматичным вмешательством, при которой послеоперационная летальность достигает 9,1–22,5% (5,15,109,125).

Исход оперативных вмешательств во многом зависит от выбора и последовательности используемых методов хирургической коррекции. Дальнейшие перспективы улучшения результатов хирургического лечения больных желчным перитонитом в настоящее время зависят от применения щадящих мининвазивных оперативных вмешательств – пункционно дренирующих и эндоскопических, выполнения операций до развития абдоминального сепсиса (4,87).

1.1. Проблема возникновения, диагностики и лечения желчного перитонита, как осложнения острого холецистита

Диагностика и лечение желчного перитонита остаётся сложной клинической задачей. Имеющиеся многочисленные исследования, касающиеся этой нозологии, в основном посвящены цитологической диагностике желчного перитонита (24,72), роли окислительного стресса (45,64), печеночно-почечной недостаточности(48,54), клинической и инструментальной диагностике авторы уделяют существенно меньше внимания. Вместе с тем, до настоящего времени отсутствует единая общепринятая классификация желчного перитонита, свидетельствующая о том, что большинство исследователей не склонна преувеличивать его клиническую специфичность и не видит особой разницы между ним и бактериальным перитонитом вследствие повреждения или перфорации стенки одного из отделов желчных путей (6,40,47,146).

При этом исследование и разработка новых методов диагностики и лечения желчного перитонита продолжают оставаться вне поля зрения исследователей, несмотря на то, что послеоперационная летальность при желчном перитоните достигает по данным Э.А. Петросяна и соавт. (2015) 34%

(58). Нерешенность приведенных выше проблем делает необходимым проведение дальнейших исследований с целью углубления представления о патогенезе, механизмах развития полноранной недостаточности, разработки новых методов ранней диагностики и лечения желчного перитонита.

Причинами, приводящими к желчному перитониту, являются деструктивные формы воспаления желчного пузыря – флегмонозный, гангренозный, перфоративный холецистит а также гнойный холангит(34,98,110). При остром холецистите частота этого осложнения достигает 5,5%, при гангренозном и перфоративном холецистите он встречается до 30.9 % случаев. Авторы отмечают исключительную трудность диагностики желчных перитонитов, чем, объясняется поздняя оперативная помощь и высокая летальность до 30 % (65,121,143).

Частота распространенных форм желчного перитонита с возрастом увеличивается – у молодых с 9,3 % до 15,4 % у пожилых и до 26,0 % - у стариков (12,33). При этом гнойно-септические осложнения у последней категории больных возникают в 32,7% случаях, а летальность достигает — 14,2 %. Чаще всего желчный перитонит развивается у людей пожилого и старческого возраста, что связано с возрастными ишемическими изменениями в стенке желчного пузыря, которые довольно быстро приводят к деструктивным формам холецистита. Желчный перитонит является осложнением перфорации желчного пузыря – прободной желчный перитонит. Особенностью желчного перитонита является то, что в брюшную полость изливается инфицированное содержимое желчного пузыря. По мнению С.Ф. Багненко и соавт. (2019) развитие инфекционного процесса, а главное — токсемии, происходит в этих условиях с меньшими препятствиями. Если к этому добавить дисфункцию лейкоцитов, особенно нейтрофилов (нарушение миграции, фагоцитоза, обусловленные неадекватным уровнем в крови хемотаксических факторов), то при достаточно обширной диссеминации инфекционного начала по брюшине воспалительный процесс и токсемия развиваются в галопирующем ритме. Желчь является сильным химическим

раздражителем, и если она содержит бактерии что достоверно часто имеется у больных острым холециститом - то развитие желчного перитонита неизбежно. В условиях воспалительных заболеваний желчных путей ее инвазируют различные микроорганизмы. При остром холецистите рост флоры получен у 50 — 74,2 % больных, при хроническом - у 11 - 39,3 %. Механическая желтуха на почве холелитиаза повышает частоту инфицированности до 76,5 - 82,1 %. При излитии инфицированной желчи в брюшную полость, развивается гнойный желчный перитонит, требующий срочного оперативного лечения (7,44,73,91,147).

В отличие от перфорации желчного пузыря в ограниченные пространства или полые органы, перфорация и желченстечение в свободную брюшную полость приводит к абдоминальной катастрофе и заканчивается абдоминальным сепсисом.

По наблюдениям V.S. Budipranata (2020) довольно часто, желчный перитонит возникает и без непосредственного поступления желчи в брюшную полость, за счет пропотевания, например, при «обтурационном холецистите» - так называемый пропотной желчный перитонит (90). Это связано с медленным поступлением желчи в брюшную полость, когда организм успевает отграничить патологический очаг от других отделов брюшной полости. Наряду с тяжелым течением такого перитонита имеются наблюдения, когда больные длительное время остаются в удовлетворительном состоянии. Большое значение в характере развития такого перитонита придается застою желчи, инфекции, воздействию ферментов поджелудочной железы, на чем и основана ферментативная теория возникновения желчного перитонита.

Попадание желчи в брюшную полость не всегда приводит к развитию желчного перитонита с характерными для него морфологическими изменениями и клиническими проявлениями. В понятие желчный перитонит B.R. Dashet et al. (2020) вкладывают различный смысл: от простого истечения неинфицированной желчи в брюшную полость до желчного асцита. В этих

случаях клиническая картина сглажена, и больные могут находиться длительное время в удовлетворительном состоянии. При желчном асците в брюшной полости отсутствуют воспалительные явления - нет фибриновых наложений на брюшине, изменений со стороны кишечника, петли которого блестящие, а сам кишечник не вздут, активно перистальтирует (91).

В зависимости от темпов перфорирования развивается местный, диффузный или отграниченный перитонит. Чаще всего развитие местного перитонита отмечается у больных с микроперфорацией желчных путей. У больных с разлитым перитонитом чаще отмечалась перфорация желчного пузыря. Согласно многочисленным исследованиям, при перитоните функционирование естественных систем, обеспечивающих элиминацию токсинов, нарушено, а печень не только утрачивает свои барьерные функции, среди которых особое место занимает детоксицирующая, играющая большую роль в патогенезе заболевания, но и сама становится источником продукции среднемолекулярных соединений, накапливающихся в организме. Даже при устранении источника желчного перитонита совокупность органических и функциональных нарушений, имеющих место в различных органах и системах организма, приводит к тому, что часть больных погибает в послеоперационном периоде (45,83,122).

Одной из основных причин развития интоксикации при желчном перитоните является всасывание в кровяное русло желчных кислот, желчных пигментов, билирубина и появлением большого количества недоокисленных продуктов обмена, которые способны воздействовать на сосудистую стенку, увеличивая ее проницаемость для различных веществ. С накоплением в крови веществ низкой и средней молекулярной массы связывают нарушения функции центральной нервной системы, развитие иммунодефицита, расстройства гемодинамики, склонность к развитию септических состояний. При развитии синдрома эндогенной интоксикации уровень этих веществ в крови коррелирует с его тяжестью (48,79).

Еще одним фактором, способным оказывать существенное влияние на

развитие синдрома эндогенной интоксикации, является повышение интенсивности свободно-радикального окисления с увеличением содержания продуктов перекисного окисления липидов, которые вызывают необратимую инактивацию ферментов и структурную перестройку клеточных мембран (46).

По мнению А.М. Хаджибаева и соавт. (2019) среди острых заболеваний органов брюшной полости трудно найти заболевание, более сложное по клиническому течению и трудности диагностики, чем желчный перитонит. Многообразие патологического процесса находится в прямой зависимости от сложного действия желчи и ответных реакций организма. Этими факторами обусловлены многосимптомность желчного перитонита и отсутствие патогномоничных признаков (70).

Анализируя клиническую картину и сопоставляя с патоморфологическими изменениями, необходимо отметить разницу в их характере при различных формах желчного перитонита. Клиническая картина прободного желчного перитонита при перфорации желчного пузыря, по мнению С.Н. Стяжкина с соавт. (2018), имеет характерные особенности. Она проходит на фоне острого приступа холецистита, чаще на второй или третий день заболевания, и проявляется сильнейшими болями в правом подреберье. При этом состояние больных резко ухудшается, что объясняется шокowymi явлениями.

При пропотевании желчи наблюдается преимущественно отграниченный местный перитонит. Это связано с медленным поступлением желчи в брюшную полость, когда организм успевает отграничить патологический очаг от других отделов брюшной полости (69,120,144). Клиническая картина пропотного желчного перитонита характеризуется постепенным нарастанием симптомов. В начальной стадии клиническая симптоматика не имеет отличия от острого холецистита.

Больные с желчным перитонитом нуждаются в первую очередь в оперативном вмешательстве. По мнению В.Ф. Зубрицкого и соавт (2017) в шоковой фазе желчного перитонита оперативное вмешательство без

подготовки больного, как правило, заканчивается высокой летальностью. Операционная травма усугубляет выраженные острые нарушения в жизненно важных системах. Больной с перфорацией желчного пузыря в свободную полость требует полноценной подготовки. В фазе стабилизации оперативное вмешательство является наиболее выгодным и не требует длительной подготовки, причем лечебные мероприятия могут сопровождать операцию.

Наиболее сложно и трудно установление показаний в терминальной фазе гнойных осложнений много дней спустя после прободения желчного пузыря, когда больные практически в инкурабельном состоянии. Большинство из них погибают во время или вскоре после операции. Таким образом, анализ результатов лечения желчного перитонита свидетельствует, что эффективность лечения таких больных находится в зависимости от сроков выполнения оперативного вмешательства (63,77).

Составными элементами классического метода лечения распространенных форм перитонита является: – своевременная хирургическая операция, основной задачей которой является устранение причин, вызвавших перитонит; – детоксикационная терапия; – коррекция нарушений гомеостаза; – рациональная антибиотикотерапия; – борьба с парезом желудочно-кишечного тракта. В свою очередь последовательность хирургических действий включает адекватный операционный доступ, эвакуацию экссудата, ликвидацию источника перитонита, туалет брюшной полости и ее дренирование (1,45,99).

Первое направление предусматривает раннее выполнение лапаротомии, так как только в этом случае можно уменьшить уровень летальности. Лапаротомия включает в себя два этапа: – по возможности более радикальное устранение источника развивающегося осложнения; – санация и дренирование брюшной полости. Важным этапом при выполнении лапаротомии при перитоните является выбор адекватного оперативного доступа. На сегодняшний день практически все специалисты считают единственно верным вариантом оперативного доступа при перитоните срединную лапаротомию

(14,61,111). В условиях хорошей релаксации срединный разрез является наиболее оптимальным для вмешательства на любых органах брюшной полости.

Следующим этапом операции является определение источника инфекции и санация брюшной полости. Ликвидация источника перитонита проводится индивидуально, в зависимости от его причины. Важнейшим звеном в оперативном лечении перитонита является санация брюшной полости и ее тщательное высушивание. Для этого традиционные способы дополняются ее промыванием растворами антисептиков, антибиотиков, поверхностно-активных веществ и ингибиторов протеаз, а также применением сорбентов (15,59).

Санационные мероприятия в том же объеме могут быть продолжены и при повторной лапаротомии. Существенным моментом в лечении перитонита является дренирование брюшной полости (56,112).

Для эффективного дренирования имеет значение характер дренажа, его положение и поддержание дренажной системы в исправности. Среди многообразия существующих дренажей, наибольшее распространение получили силиконовые одно- и двухпросветные трубки. Из двух основных принципов дренирования (использования пассивных и активных дренажей) большинство хирургов выполняют пассивное дренирование. Дренажи брюшной полости с активной аспирацией содержимого хотя и обеспечивают более быструю и полную эвакуацию патологического экссудата в раннем послеоперационном периоде, но обладают рядом существенных недостатков (16,74,126).

Таким образом, приведенные данные позволяют заключить, что желчный перитонит представляет собой особую категорию перитонита, которая характеризуется тяжелым течением, сложностями в ранней диагностике, необходимость комплексного подхода к лечению в сочетании активной хирургической тактики, дезинтоксикации, коррекции электролитных нарушений, иммунного статуса, антибактериальной терапии.

Несмотря на чрезвычайную актуальность и значимость проблемы, многие вопросы пока не получили исчерпывающего ответа. Изложенные моменты и явились отправными для проведения настоящего исследования.

1.2. Современные представления об этиологии и хирургическом лечении послеоперационного желчного перитонита

Почти у 10% взрослого населения диагностируется желчнокаменная болезнь, а в мире ежегодно выполняется более 5 миллионов холецистэктомий (43,80,105). При этом, несмотря на широкое внедрение малоинвазивных методов в современной хирургии печени и желчевыводящих путей, количество ятрогенных осложнений, одним из которых является желчный перитонит, не имеет тенденции к снижению (19,27,42,101,124,136). Желчный перитонит развивается при повреждении внепеченочных желчевыводящих путей во время лапароскопической холецистэктомии у 94,5% пациентов. Он также может осложнять течение трансплантации печени, эндоскопических эндобилиарных вмешательств, лапароскопической и чрескожной пункционной биопсии печени, чрескожное чреспеченочное дренирование билиарного тракта и резекцию печени (13,25,36,102,145,148).

Новые медицинские технологии с одной стороны, сокращают сроки лечения больных с другой - существенно влияют на частоту развития послеоперационных осложнений (29,41,92,127,147). Практически все авторы, занимающиеся проблемой хирургии внепеченочных желчных путей отмечают, что по сравнению с традиционной холецистэктомией внедрение лапароскопической методики повлекло за собой увеличение частоты повреждений желчных протоков в 2-4 раза и достигло 3% (107). Среди причин, приводящих к развитию желчного перитонита, основное место отводится таким формам клинического течения ЖКБ как холангиолитиаз, флегмонозный, гангренозный, перфоративный холецистит и гнойный холангит. При этих заболеваниях частота возникновения желчного перитонита может достигать 50% (32,43,75).

После холецистэктомии желчеотечение возможно из добавочных желчных ходов. Еще одной из причин возникновения этого осложнения, описанных в литературе, является диагностическая пункция печени, применяемая, в трудных для диагностики случаях. Наконец, нередкой причиной желчно-гнойного перитонита является операция на желчных путях: анастомоз желчного пузыря или протока с желудком или кишечником. Причиной поступления желчи в брюшную полость после этих операций является недостаточность швов. При скоплении в брюшной полости значительных количеств желчи наблюдается умеренное вздутие кишечника, притупление перкуторного звука в отлогих местах, иногда легкая желтушность склер.(60,82).

Как отмечает E. Ekmekcişi et al. (2018) Клиническое течение желчного перитонита бывает различно. Оно зависит от быстроты излияния желчи в свободную брюшную полость и ее количества (97). Медленное поступление желчи в живот в ограниченных количествах вызывает подострое и даже хроническое течение желчного перитонита со слабо выраженными, а иногда и совсем не выраженными перитонеальными симптомами. Количество экссудата в животе при этом бывает большое, а характер его преимущественно серозно-желчный. Быстрое поступление желчи в живот и значительные количества ее вызывают остро протекающий, преимущественно желчно-геморрагический, перитонит. Количество экссудата в животе при этом обычно небольшое, а в клинической картине преобладают симптомы общей интоксикации. Диагноз желчного перитонита правильно ставится приблизительно в 10% всех случаев в силу нестроты и стёртости клинической картины. (2,25,137).

Значительное место среди причин, приводящих к развитию желчного перитонита, занимают реконструктивные операции на желчных путях и трансплантации печени (18,55). При ортотопической трансплантации печени в зависимости от применяемых методов послеоперационного ведения больных это состояние возникает в 9-19% всех случаев. Отмечены случаи

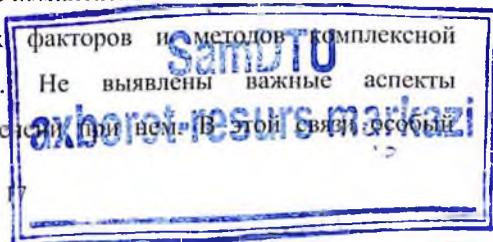
развития этого заболевания и после биопсии печени (50,71,88,108).

По данным G.A. Flores – Rangel et al. (2018) немалый вклад в развитие желчного перитонита вносят травматические повреждения (103). Частота возникновения желчного перитонита в этих случаях по данным разных авторов колеблется от 2 до 7% случаев (3,32,53,106).

Возникновению послеоперационного желчного перитонита в немалой степени способствуют продолжительность и тяжесть основного заболевания, качество предоперационной подготовки, объем операции, технические и тактические погрешности, возраст больного, наличие сопутствующих заболеваний и вирулентность инфекции, а также недостаточность иммунобиологических механизмов защиты и замедленная регенерация, особенно при нарушении функциональных резервов жизненно важных органов (49,57,128).

Особенностью послеоперационного желчного перитонита, развившегося после оперативных вмешательств по поводу очаговых заболеваний печени и механической желтухи, является то, что у этих больных практически всегда имеется скрытое или явное нарушение функции печени. Поэтому исход релапаротомии при этих заболеваниях зависит не только от сроков ее выполнения, но и от выраженности предшествующей печеночной недостаточности. Даже при своевременной и правильно выполненной релапаротомии прогноз этого контингента больных весьма пессимистичен. Наличие синдрома энтеральной недостаточности при послеоперационном желчном перитоните и поступление большого количества токсинов в портальное русло еще больше усугубляют дисфункцию печени (50,66,113).

До настоящего времени нет единой концепции патогенеза полиорганной недостаточности при послеоперационном желчном перитоните, которая давала бы возможность проводить его комплексное патогенетическое лечение в зависимости от этиологических факторов и методов комплексной профилактики этого осложнения. Не выявлены важные аспекты патоморфологических нарушений печени при нем. В этой связи особенно



интерес представляет изучение функционального состояния печени при синдроме энтеральной недостаточности у больных с послеоперационным желчным перитонитом в зависимости от степени агрессивности и токсичности веществ, поступающих через портальное русло, с последующим прорывом эндотоксинов в системный кровоток и развитием эндотелиальной дисфункции. Кроме этого, несмотря на исключительную важность вопроса, не существует общепринятой клинической классификации послеоперационного желчного перитонита, как одной из основ взаимопонимания и объединения усилий в решении этой важнейшей проблемы гепатобилиарной хирургии (84,93,129,138).

Для лечения послеоперационного желчного перитонита широко применяется релапаротомия, которая является весьма травматичным вмешательством, и нередко сопровождается высокой частотой осложнений и летальности. В последние годы появилось значительное количество сообщений об эффективном лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и некоторых их послеоперационных осложнений при помощи эндовидеохирургических технологий и пункционно-дренирующих методик под ультразвуковым контролем (16,80,85,130).

Некоторые авторы различают желчный перитонит и холеперитонеум. Желчь, изливающаяся в свободную брюшную полость, не является безразличной ни для организма в целом, ни для брюшины в частности. Всасываясь в кровь из брюшной полости, она вызывает общую желчную интоксикацию организма, а воздействуя местно на брюшину, вызывает её воспаление - химический, желчно-геморрагический перитонит (22,104).

В печени и в почках при желчном перитоните развиваются тяжелые патоморфологические изменения. При остро протекающей форме желчного перитонита в печени и почках развиваются воспалительно - дегенеративно-некротические процессы (отек, кровоизлияния, белковая дистрофия с исходом в некроз). При хронически протекающей форме желчного перитонита в печени и почках развиваются преимущественно воспалительно-дегенеративные

процессы, некротические процессы выражены слабо (белковая дистрофия, жировая дегенерация). При этом, инфекция в сочетании с жёлчью существенно ускоряет развитие генерализованного перитонита и интоксикации (17,56,139).

При классическом подходе лечение послеоперационного желчного перитонита включает в себя устранение источника, санацию, дренирование брюшной полости и ее закрытие, что является проблематичным у больных с распространенным и рецидивирующим перитонитом (23). У пациентов с перитонитом, когда имеется большой дефект брюшной стенки или при необходимости выполнения плановой релапаротомии, окончательное закрытие брюшной стенки (то есть фасции и кожи) не показано. Вместо этого закрывают брюшную полость временно, сформировав лапаростому, которая обеспечивает декомпрессию, облегчает повторный осмотр и сохраняет края раны. Программированные релапаротомии (или этапный лаваж) позволяют уменьшить контаминацию брюшной полости. Решение о выполнении очередной лапаротомии принимается в соответствии с распространенностью перитонита (31,162).

У больных с травмой, внутрибрюшным кровотечением и кишечной ишемией открытое ведение брюшной полости облегчает релапаротомию после первой операции (ушивания или резекции органа брюшной полости), позволяет стабилизировать общее состояние пациента сокращает время лапаротомии. Напротив, первичное ушивание апоневроза во время первичного вмешательства в этих ситуациях - это фактор риска для развития повышенного внутрибрюшного давления (21).

Поскольку лечение послеоперационного перитонита несомненно является комплексной задачей и требует усилий специалистов различного профиля, исход оперативных вмешательств во многом зависит от выбора и рациональной последовательности применения различных методик. В связи с этим, дальнейшие перспективы улучшения результатов хирургического лечения в определенной мере зависят от применения шадящих оперативных

вмешательств (эндоскопических, рентгенохирургических), выполнения операций в более ранние сроки, до развития системной воспалительной реакции и сепсиса (67,94,114).

В научной литературе широко дискутируются методы санации брюшной полости и способы ее дренирования. Одни авторы (56,131), после ликвидации источника перитонита во время санирующей операции рекомендуют промывать брюшную полость большим количеством раствора. Другие (115), советуют ограничиваться ее осушением и дренированием. Часть хирургов в послеоперационном периоде проводят постоянное или фракционное промывание брюшной полости, другие же применяют специальные двухпросветные дренажи с постоянным их орошением и аспирацией с помощью различных аппаратов (11,26). В некоторых случаях в основу лечения перитонита, положено применение аспирационного сифонного тазового дренажа. При этом авторы отказываются от промывания брюшной полости во время операции и после ее выполнения. Другие исследователи предлагают использовать сочетание приемов местного лечения перитонита, позволяющее с наименьшей травмой и максимальной простотой получить достаточно хорошие результаты в условиях любого хирургического отделения.

Главным условием успеха хирургического лечения послеоперационного перитонита, указывают авторы, является правильно проведенная первичная релапаротомия. Наиболее спорным остается вопрос о способах её завершения - показания к дренированию, применение в послеоперационном периоде такого агрессивного метода, как многократные ревизии брюшной полости (30,68).

В.Ф. Куликовский и соавт. (2018) рекомендуют при незначительной бактериальной обсемененности брюшной полости дренирование не производить. При этом результаты лечения оказываются значительно лучше. По их данным, нагноение ран составило лишь 3,1%, внутрибрюшные осложнения возникли лишь у 1,6% больных, тогда как среди больных, которым произведено дренирование брюшной полости, частота нагноения ран

в 2 раза выше (6,5%), внутрибрюшные осложнения возникали с той же частотой, что и у больных без дренирования, составив 1,4% (38).

При распространенном перитоните с низкой степенью бактериальной контаминации инфекционный процесс в большинстве наблюдений удается прервать с помощью однократного хирургического вмешательства и эмпирической антибактериальной терапии. Данные результаты свидетельствуют, что отказ от дренирования брюшной полости у этой категории больных не привел к увеличению количества инфекционных внутрибрюшных осложнений, а число больных с раневой инфекцией даже уменьшилось. Аналогичные результаты при отказе от дренирования брюшной полости были получены и другими авторами (39,95).

Н.А. Кузнецов и соавт. (2011) придерживаются следующей тактики: распространенность перитонита оценивается по классификации Б. Д. Савчука. При местном ограниченном перитоните полость абсцесса советуют дренировать трубкой или по Пенроузу. При местном неограниченном перитоните в случае надежного устранения его источника рану брюшной стенки ушивают наглухо (37). При диффузном и распространенном перитоните, при отсутствии фиксированных на брюшине фиброзных наложений и небольшой степени контаминации брюшинную полость не дренируют, лапаротомную рану зашивают наглухо. В тех случаях, когда имеется высокая степень бактериальной контаминации, а фиксированные на брюшине фибриновые наложения не позволяют обеспечить одномоментную адекватную санацию полости и существует реальная опасность развития в послеоперационном периоде внутрибрюшной инфекции, применяют метод многократных ревизий и санаций брюшной полости. Такую же тактику предлагает применять А.И. Шугаев и соавт. (2015). Они считают применение лапаростомии в клинической практике патогенетически обоснованным. По их мнению, программные санации позволяют удалить гнойный экссудат и пленки фибрина, поддерживающие воспаление в брюшной полости, визуально контролировать течение воспалительного процесса и своевременно

ликвидировать новые очаги деструкции тканей. Интервал между санациями должен составлять от 24 до 72 часов. Пациентов с местными и диффузными формами перитонита рекомендует оперировать лапароскопическим методом (41,79).

В ранних стадиях разлитого перитонита помощь должна быть ограничена быстрым и бережным удалением источника заражения и швом раны без дальнейших действий над брюшной полостью, кроме разве удаления излишнего выпота, представив дальнейшее самой брюшине, которая лучше нас сумеет справиться с "остатками" бактерий». В тех случаях, когда распространённый перитонит сопровождается флегмоной передней брюшной стенки В.Ф. Зубрицкий с соавт (2017) рекомендуют применять вакуумное дренирование брюшной полости, заканчивая им очередную программную санацию брюшной полости. При этом интервал между санациями не должен превышать 48 часов, а при потере вакуума в дренажной системе санационное вмешательство должно выполняться в экстренном порядке. Таким образом, с точки зрения ведущих специалистов, дренирование брюшной полости при перитоните следует проводить не шаблонно, а строго по показаниям (40,81,116).

Важным моментом при наблюдении оперированных больных является динамический контроль. Основное внимание уделяется изменениям клинических показателей по сравнению с таковыми при неосложненном течении послеоперационного периода. Подозрение на развитие ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений служит показанием к применению дополнительных методов исследования (рентгенологического, эндоскопического, ультразвукового, компьютерной томографии) (62,76,80,132,141).

Основная роль отводится рентгенологическим, включая компьютерную томографию, и ультразвуковым методам исследования. На основании комплексного обследования больных определяют локализацию, размеры, конфигурацию и предполагаемый объем абсцессов. Диагностическая точность

такого комплексного исследования при разлитом послеоперационном перитоните составляет 80%, при абсцессах - 99%. Значительными преимуществами обладает компьютерная томография, при которой точность диагностики достигает 88-100%, а специфичность - 89%. Компьютерная томография позволяет получить изображение не только исследуемого органа, но и пери- и параорганных пространств. Для выполнения исследования не являются препятствием тучность пациента, наличие газа в кишечнике, не влияет на точность диагностики глубина расположения объемных образований (117,133).

Диагностика остаточных скоплений выпота, гнойников брюшной полости должна быть следствием активного и целенаправленного поиска, а не случайной находкой. Необходимо проведение УЗИ на 3-4-е сутки после операции, произведенной по поводу любого вида перитонита. Этот безопасный для больного метод может быть выполнен у 58-96% больных (28,96), что в большей степени определяется квалификацией специалиста. Такая тактика позволяет выявлять и устранять пункционным способом ограниченные скопления жидкости в брюшной полости до развития абсцессов. В ультразвуковом изображении жидкостные скопления имеют вид объемных эхонегативных или гипозоногенных образований различной формы. При скоплении жидкости под диафрагмой или в подпеченочном пространстве скопления жидкости выглядят в виде серповидных или овальных образований. При этом обычно наблюдается реактивный выпот в плевральной полости. Не менее важным диагностическим признаком является уменьшение подвижности диафрагмы на стороне поражения. Если абсцесс или инфильтрат формируются в малом тазу, то они могут быть определены при пальцевом ректальном или вагинальном исследовании (50,140). Кроме того, абсцедирование проявляется значительным ухудшением состояния больных, нарастанием эндогенной интоксикации температурная реакция приобретает гектический характер, появляются ознобы, при пальпации возможно выявить болезненный инфильтрат. При этом отмечено, что наиболее информативно

для диагностики образований, локализованных в малом тазу, УЗИ. Аналогичные скопления выпота в полости малого таза визуализируются в виде округлого гипоэхогенного образования, которое может выглядеть неоднородным из-за присутствия сгустков фибрина и гноя.

Скопления жидкости в межкишечных пространствах определяются как объемные, полиморфные, не имеющие четких контуров гипоэхогенные образования, отличить которые от содержимого в просвете прилежащих петель кишки помогает отсутствие перистальтических движений и перемещений в них содержимого. При трансформации скоплений жидкости в абсцессы в их окружности происходит формирование различной степени плотности и толщины пиогенной капсулы (118).

В последнее время в связи с разработкой и внедрением в клиническую практику нового поколения УЗ-сканеров быстрыми темпами развивается одно из направлений малоинвазивной хирургии - чрескожное вмешательство под ультразвуковым контролем. Техническое обеспечение этого направления связано с использованием специальных датчиков, которые можно стерилизовать путем полного погружения в дезинфицирующие растворы: пункционных адаптеров, позволяющих произвести высокоточную пункцию в необходимом направлении; специальных УЗ-контрольных игл, дренажей, проводников, дилататоров. В настоящее время имеются отдельные сообщения о чрескожном вмешательстве под ультразвуковым контролем при лечении абсцессов брюшной полости (52,119,134).

Таким образом, хирургическое лечение желчного перитонита представляет собой весьма сложную техническую и тактическую задачу требующую дальнейшего научного поиска её решения в области как прикладных, так и фундаментальных исследований.

ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

2.1. Общая характеристика больных

В хирургических отделениях 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института за последние 20 лет в период 2001-2020 г.г. прооперировано 5849 больных с холелитиазом, из них 1167 (19,9%) с острым деструктивным холециститом (рис. 2.1), т.е. примерно каждый пятый.

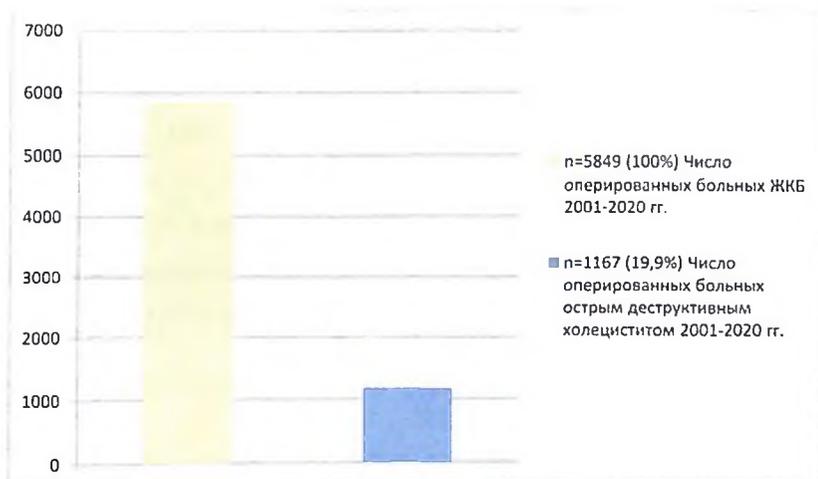


Рис. 2.1. Число оперированных больных с острым деструктивным холециститом в соотношении с числом всего оперированных больных ЖКБ

Нами отмечено значительное увеличение (в 1,9 раза), т.е. почти в 2 раза числа оперированных больных с желчнокаменной болезнью в последнее десятилетие в период 2011-2020 г.г. (число операций составило 3801), нежели в период 2001-2010 г.г. (число операций 2048) (рис. 2.2).

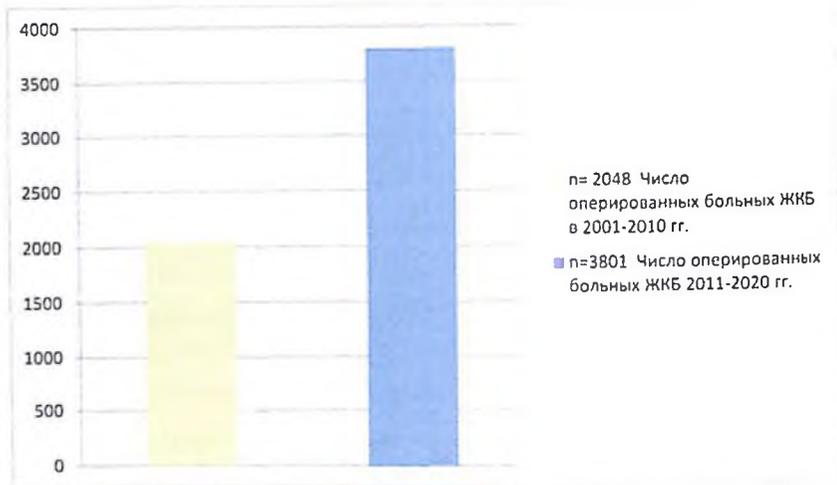


Рис. 2.2. Число оперированных больных ЖКБ в сравниваемых группах

При этом частота острого деструктивного холецистита в анализируемые временные промежутки составило из общего числа оперированных больных с холелитиазом 19,2% (394 больных – 2001-2010 г.г.) и 20,3% (773 больных – 2011 -2020 г.г.), т.е. примерно равное (рис. 2.3).

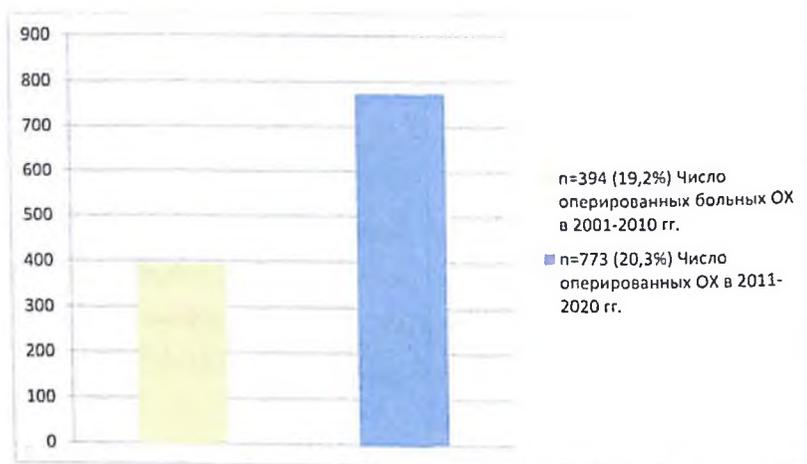


Рис. 2.3. Число оперированных больных острым деструктивным холециститом в сравниваемых группах

Вместе с тем, значительно уменьшилась частота оперированных больных с перитонитом 8,4% (32) и 6,3% (49), как осложнения острого деструктивного холецистита (рис. 2.4) и послеоперационным желчным перитонитом 1,1% (22 больных) и 0,7% (27 больных) соответственно (рис. 2.5).

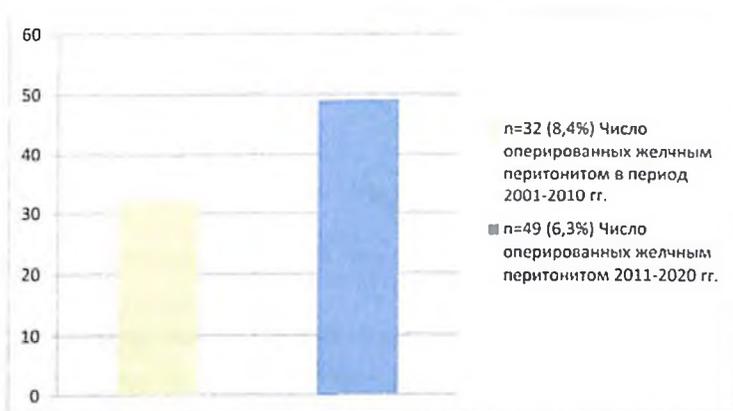


Рис. 2.4. Число оперированных больных желчным перитонитом в сравниваемых группах

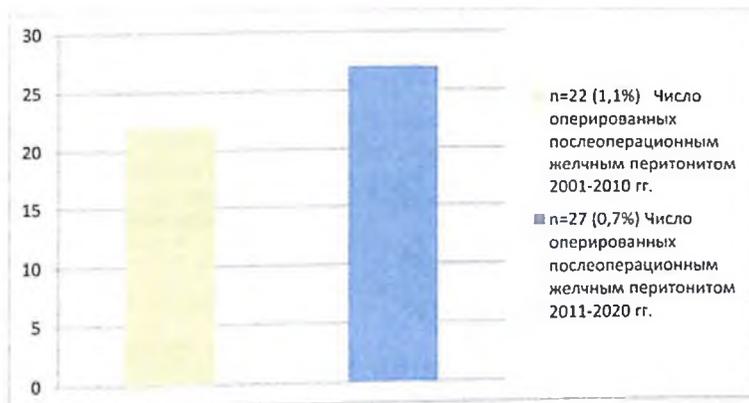


Рис. 2.5. Число оперированных больных послеоперационным желчным перитонитом в сравниваемых группах

Исходя из цели нашего исследования нами изучены результаты

обследования и лечения 131 больных с желчным перитонитом, что составило 2,2% из числа всех 5849 оперированных больных с холелитиазом (Рис. 2.6).

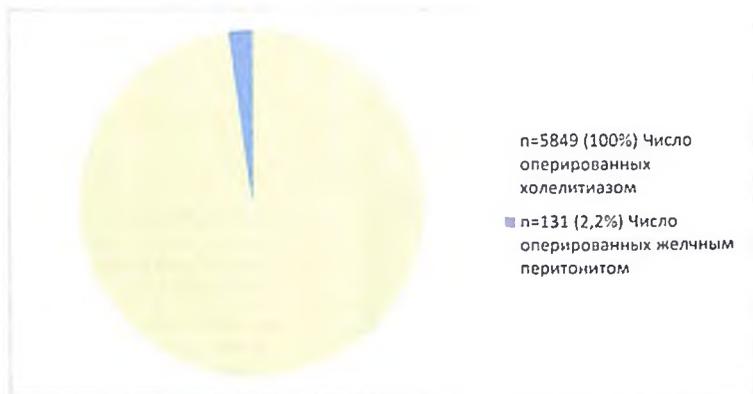


Рис. 2.6. Число оперированных больных желчным перитонитом

Из них 82 (7,1%) с перитонитом, как осложнение острого деструктивного холецистита и 49 (0,8%) с перитонитом, как осложнение после операции по поводу холелитиаза (Рис. 2.7).

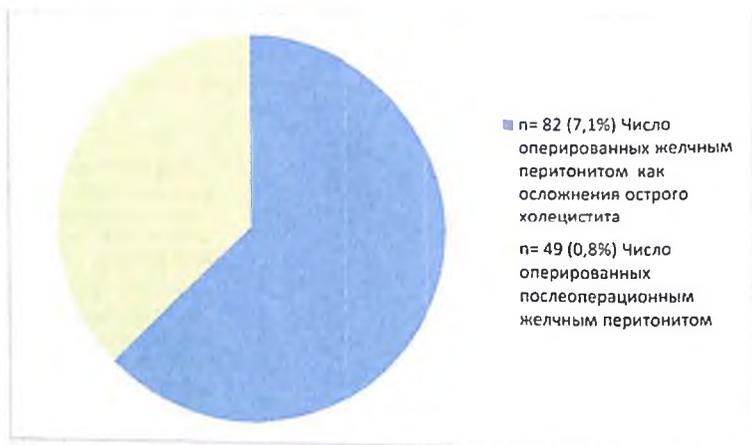


Рис. 2.7. Число оперированных больных желчным перитонитом как осложнения острого холецистита и послеоперационным желчным перитонитом

Среди больных с перитонитом было 39 (29,7%) мужчин и 92 (70,3%) женщины, гендерное соотношение составило 1:2,5. Это же соотношение среди всех оперированных больных с желчнокаменной болезнью составило 1:6, что подтверждает литературные данные о более сложном течении холелитиаза у лиц мужского пола. Преобладали пациенты в возрасте 60-74 лет – 46 (35,2%) и 45-59 лет – 37 (28,2%). 11 (8,3%) пациентов были в возрасте старше 75 лет, 29 (22,1%) – 30-44 лет и 8 (6,1%) – до 29 лет. Средний возраст больных составил $55,2 \pm 1,3$ лет. Распределение больных по полу и возрастным группам, согласно рекомендациям ВОЗ (2000), представлено в табл. 2.1.

табл. 2.1.

Распределение больных желчным перитонитом по полу и возрастным группам

Возрастная группа	Возраст больных	Муж.	Жен.	Всего	%
Молодые	18-29	2	6	8	6,1
Младший средний возраст	30-44	10	19	29	22,1
Старший средний возраст	45-59	12	25	37	28,2
Пожилые	60-74	11	35	46	35,2
Преклонный возраст	старше 75	4	7	11	8,3
Всего		39	92	131	100

Таким образом, желчный перитонит чаще всего развивался у больных пожилого и старческого возраста, что было обусловлено увеличением у них деструктивных форм острого холецистита, которые протекали со стертыми симптомами заболевания. Пожилые люди, как правило имели длительный анамнез желчнокаменной болезни и являлись носителями дремлющей инфекции, значительных морфологических изменений не только в желчном

пузыре, но и в печени, поджелудочной железе. Кроме того эти больные имели тяжелые сопутствующие заболевания, которые в определенной степени требовали тщательной подготовки подобных больных для выполнения оперативных вмешательств.

Сопутствующие заболевания имелись у 82 (62,6%) больных. (Табл. 2.2)

Табл. 2.2

Структура сопутствующей патологии у больных желчным перитонитом

Сопутствующая патология	Частота встречаемости	%
Ишемическая болезнь сердца	49	37,4
Гипертоническая болезнь	66	50,4
Недостаточность кровообращения	23	17,5
Хронический бронхит, ХОБЛ	17	12,9
Хронический пиелонефрит	10	7,6
Мочекаменная болезнь	7	5,3
Язвенная болезнь желудка и ДПК	9	6,8
Хронический колит	5	5,3
Сахарный диабет	11	8,4
Морбидное ожирение	14	10,7
Варикозная болезнь нижних конечностей	17	12,9
Вентральные грыжи	12	9,1

Холангит, как осложнение основного патологического процесса, был выявлен у 67 больных (51,1%) больных. Хроническая сопутствующая патология двух систем отмечена у 41% больных, трех и более у 26 %.

С учетом современных тенденций в развитии хирургии, для решения задач исследования направленных на разработку новой лечебно-диагностической тактики при ЖП, больные были распределены на две группы.

В I группу (гр. сравнения) вошли 55 (41,9%) пациента с перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита и послеоперационным желчным перитонитом, оперированные в период 2001-2010 гг., в комплексном лечении которых использовались стандартные общепринятые подходы. Во вторую группу (основную гр.) – 76 (58,1%), оперированные в период 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. При клинической реализации ПУВ в основу подхода были положены рекомендации Общества хирургии ускоренного выздоровления – ERAoS (Enhanced Recovery After Surgery).

Клиническую форму желчного перитонита определяли согласно классификации С.М. Курбонова (2013 г).

2.2. Методы исследования больных

Все пациенты с желчным перитонитом подверглись всестороннему клиническому обследованию, которое основывалось на оценке жалоб, данных анамнеза, клинической картины заболевания, лабораторных, инструментальных и лучевых методов диагностики.

Первым и наиболее частым клиническим проявлением жёлчного перитонита у обследованных больных были жалобы на боли в животе различной интенсивности. У 41,2% больных они носили умеренно интенсивный характер и имели локальное расположение в зависимости от источника, у 58,8 % – боли носили интенсивный характер, и локализовались в 2-х или более анатомических областях живота. При этом интенсивность болей зависела от локализации источника и времени от начала заболевания. При распространенном перитоните суточной и более давности боли были интенсивные, распространялись на все отделы живота.

Клиническими проявлениями заболевания, помимо выше

перечисленных, были тошнота, слабость, общее недомогание, лихорадка и озноб, вздутие живота, задержка стула и газов.

При объективном обследовании пациентов определяли болезненность в одной или более областях живота в сочетании с напряжением мышц передней брюшной стенки. Так у 37,2%, пациентов была отмечена локальная болезненность в одной из областей при мягком животе и в сочетании с симптомами раздражения брюшины, у остальных пациентов боли носили разлитой характер и локализовались в правых отделах живота. При этом симптомы раздражения брюшины расценивались как сомнительные и признаки напряжения мышц передней брюшной стенки с течением времени не усиливались.

Изучение клинической картины заболевания при различных клинкоморфологических формах перитонита показало, что клиническая картина зависела от выраженности воспалительного процесса в брюшной полости и объёма экссудата.

Было установлено, что при всех выделенных морфологических формах перитонита основные клинические признаки встречаются одинаково часто (табл. 2.2).

Таблица 2.3

Частота встречаемости симптомов заболевания в исследуемых группах

Симптом	гр. сравн	осн. группа
	n=40	n=37
Боль	100%	100%
Тошнота/рвота	83,3%	79,2%
Парез кишечника	91,8%	96 16,5%
Температура тела, °С	37,0±2,9	37,1±0,8

Анализируя развитие признаков болевого синдрома, включающего напряжение мышц передней брюшной стенки и наличие симптомов раздражения брюшины, установили, что частота его проявления в

исследуемых группах больных с перитонитом статистически не значимы ($p=0,006$).

Нарушение гемодинамики при желчном перитоните проявлялись в повышении числа сердечных сокращений, склонности к гипотонии. Нарушения со стороны органов дыхания - в ослаблении дыхания, преимущественно на стороне поражения и тахипное (табл. 2.4).

Таблица 2.4

Нарушения гемодинамики в сравниваемых группах

Клинические проявления	гр. сравн	осн. группа
	n=40	n=37
ЧСС в мин	110±12	96±6
Гипотония, < 70 мм. рт. ст.	12 (11,8%)	20 (20,6%)
Гипертония, < 70 мм. рт. ст.	6 (5,9%)	4 (4,1%)
Ослабление дыхания, %	8 (21%)	3 (6,3%)
Частота дыхания, в мин	22,8±1,8	20,6±1,7

Полученные данные позволили прийти к выводу, что у больных в первой и вторых группах, доминирующим клиническим симптомом является тахикардия при стабильном общем состоянии больного перитонитом. У больных с распространенным перитонитом не имеющем тенденции к отграничению, преобладают выраженные клинические симптомы системной воспалительной реакции и местные симптомы со стороны органов брюшной полости, определяющие тяжесть состояния пациента.

В комплекс методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, под динамическим контролем которых проводили лечение больных с послеоперационным желчным перитонитом, входили:

1. Мониторинг температуры тела, артериального давления (АД), пульса (ЧСС), центрального венозного давления (ЦВД).
2. Общий анализ крови и мочи.

3. Динамическое определение основных биохимических параметров крови (глюкоза, общий белок, альбумин, билирубин и его фракции, аланинтрансфераза (АлАТ), аспартаттрансфераза (АсАТ), креатинин, мочевина, электролиты (K, Na, Ca).
4. Оценка газового состава артериальной и смешанной венозной крови, а также кислотно-основного состояния.
5. Коагулограмма.
6. Регистрация ЭКГ.
7. Осуществляли контроль почасового и суточного диуреза, подсчет патологических и физиологических потерь.

Всем 131 больным выполняли ультразвуковые исследования (УЗИ) органов брюшной полости, по показаниям – фиброгастродуоденоскопию, РПХГ (17), фистулохолангиографию (9), интраоперационную холангиографию (24), МРПХГ (21), компьютерную томографию (19), лапароскопию (49).

Ультразвуковое исследование.

При желчеистечении в брюшную полость и желчном перитоните инструментальное обследование всех больных начинали с УЗИ для обнаружения свободной жидкости в брюшной полости или отграниченных ее скоплений. Кроме того, при УЗИ оценивали диаметр магистральных желчных протоков как одну из важных характеристик нарушения оттока желчи (Рис.2.8).

УЗИ выполняли при поступлении больного в стационар, в дальнейшем осуществлялся УЗ-мониторинг с интервалом в 2-3 суток. Особое внимание уделялось оценке динамики изменений в брюшной полости, наличию жидкости в сальниковой сумке и свободной жидкости в брюшной полости, а также степени инфильтрации забрюшинной клетчатки. Кроме того, оценивали состояние желчного пузыря и желчевыводящих путей.



Рис 2.8. Эхограмма больной Д. 54 лет. 2 сутки после операции ЛХЭ. Скопление желчи в подпеченочной области.

УЗИ выполнено 131 пациентам на цифровых сканерах "Hitachi EUB 6500", "Siemens G 60S Sono Line".

Проведение УЗИ брюшной полости было значительно затруднено из-за тяжести состояния больных и ограничения подвижности диафрагмы. Осмотр брюшной полости осложняется также вследствие пареза кишечника, что затрудняло интерпретацию ультразвуковой картины. Визуализация области оперативного вмешательства упрощалась при сканировании из межреберий с использованием секторного датчика. В послеоперационном периоде большое значение уделялось осмотру проекции ложа желчного пузыря и подпеченочного пространства на наличие отграниченных скоплений жидкости. При наличии скопления жидкости в подпеченочном пространстве УЗИ позволяло определить его объем, а при необходимости выполнить диагностическую пункцию под УЗ- контролем с диагностической и лечебной целью. Пункции и при необходимости дренирование объемных жидкостных образований проводили под контролем УЗИ, с помощью линейного Т-образного датчика на 3,5 МГц.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография.

Основным диагностическим методом в выявлении патологии внутри и внепеченочных желчных протоков и главного панкреатического протока являлась РХПГ. Этот метод является информативным и объективным для оценки состояния билиарного тракта. РХПГ позволяло установить причину, характер, уровень обструкции желчных и панкреатических протоков, изменения характера желчи. У больных РХПГ выполнено 17 больным и давало возможность: правильно установить генез желчеотечения, определить наличие и локализацию поступления контраста за пределы желчных протоков.

РХПГ позволяло разрешить диагностические проблемы и выполнить адекватные вмешательства для разрешения явлений холестаза или, что не менее важно, рекомендовать рациональный метод лечения в каждом конкретном случае (рис. 2.9).

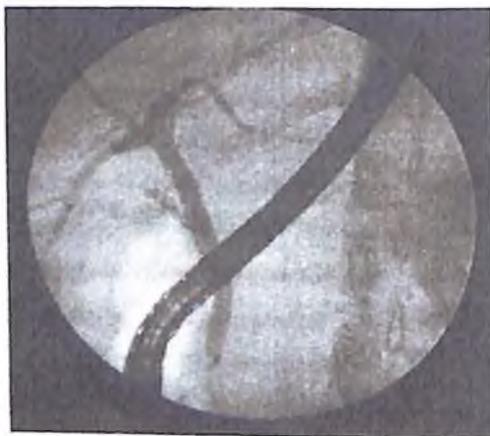


Рис. 2.9 РХПГ. Больная С. 47 лет. Состояние 3 сутки после операции ЛХЭ. Резидуальный холедохолитиаз, билиарная гипертензия.

РХПГ проводилась в специальном рентгенологическом кабинете на рентгеновской установке С-дуга фирмы «General Electric» с электронно-оптическим преобразователем. Помимо общепринятой фиксации рентгеновского изображения на пленках нами использовалась запись рентгенологических данных на магнитные носители и жесткие диски персонального компьютера. Для осуществления эндоскопической части

лечебно-диагностического комплекса использовались различные модели эндоскопических приборов. Предпочтение отдавали эндоскопам японской фирмы «Olympus», чьи приборы имеют большое количество модификаций, крайне необходимых для выбора оптимальных условий выполнения манипуляции, и отличаются высокой надежностью и удобством в эксплуатации. Основными моделями дуоденоскопов являлись эндоскопы серии JF — IT 40 с инструментальным каналом диаметром 3,2 мм. Эти модели эндоскопов имеют небольшой наружный диаметр и значительный изгиб дистального конца, что позволяет им быть очень маневренными при деформациях двенадцатиперстной кишки. Для осуществления транспапиллярных лечебных вмешательств использовали дуоденоскопы с большим просветом инструментального канала равным 4,2 мм. Это позволяло применять на различных этапах вмешательства инструментарий большого диаметра.

Для контрастирования желчных протоков применяли ионные и неионные контрастные препараты: урографин, тразограф, омнипак 300, ультравист 300 с концентрацией 25-30% для избежания эффекта «забивания» конкрементов малой плотности.

Фистулохолангиография

ФХГ мы применили при наружном желчеистечении через дренажную трубку в гепатикохоledoхе у 9 больных. Это исследование способствовало выявлению повреждения желчных протоков, его локализации. Техника выполнения фистулографии следующая. Больной ложится на спину. В дренажную трубку по небольшому давлению вводят 10-15 мл водорастворимого контрастного вещества (омнипак). Производят рентгенографию в нескольких проекциях (рис. 2.10).

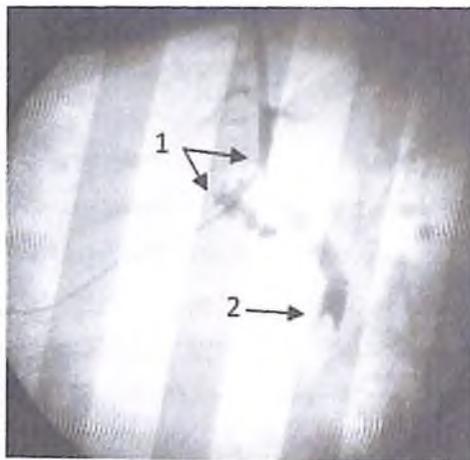


Рис. 2.10. Фистулохолангиограмма больной А. 41 лет. Определяется выхождение контрастного вещества из желчных протоков в брюшную полость. 1 — дренаж в гепатикохоledoхе; 2 — конкремент дистального отдела общего желчного протока.

Интраоперационная холангиография

Интраоперационная холангиография незаменимая диагностическая методика для интраоперационной диагностики повреждений ВЖП (рис. 2.11).

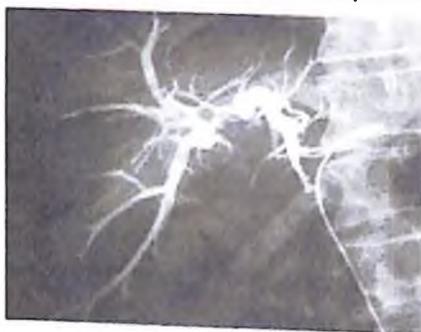


Рис. 2.11. Интраоперационная холангиография больной Д. 46 лет. Контрастируются внутрипеченочные желчные протоки. Дистальный отдел гепатикохоledoха не контрастируется.

Интраоперационную холангиографию считаем абсолютно показанной при анатомически сложных ситуациях и при подозрении на интраоперационное повреждение ВЖП и выполнили 24 больным. Основными

показаниями к ИХГ явились появление желчи в операционном поле, когда неясен источник ее истечения, либо это наличие дополнительных трубчатых структур в области шейки желчного пузыря. Интраоперационную холангиографию выполняли либо через пузырный проток, либо пункционно. Вводили контраст триобмраст, урографин 76% - 20,0.

Магнитно-резонансная панкреатохолангиографии (МРПХГ)

МРПХГ — самый информативный сканирующий метод диагностики и выполнен 21 больным. Исследование выполнялось на аппарате «Philips Gyroscan Intera», 1,0 Т. Методика МРПХГ позволяло без введения контрастных веществ и интвенции в желчную систему, получать целостное прямое изображение внутри и внепеченочных желчных протоков. Изображение можно получить в нескольких проекциях (горизонтальной, фронтальной, сагиттальной) в зависимости от цели исследования. МРПХГ отличается хорошей воспроизводимостью. Применение МРПХГ на этапе дооперационного обследования, позволило неннвзвнвым способом оценить степень выраженности билиарной гипертензии, выявить особенности анатомии желчного дерева и оценить уровень повреждения (рис 2.12).



Рис. 2.12 МРПХГ. Больная С. 54 лет. Состояние после операции ЛХЭ, 2 сутки. Полное повреждение гепатикохоледоха в области ворот печени

Лапароскопия.

Лапароскопические исследования выполняли под эндотрахеальным наркозом. Показаниями к лапароскопии являлись 1) перитонит неясной этиологии; 2) необходимость санации и дренирования брюшной полости.

Лапароскопию при необходимости завершали катетеризацией желчного пузыря, с декомпрессией и санацией билиарного тракта. Полученный во время лапароскопии перитонеальный экссудат подвергался бактериологическому исследованию.

Исследование проводили 49 больным под общим внутривенным или интубационным наркозом. Выбор способа анестезии зависит от соматического и психологического состояния больного, с учетом предполагаемой операционной программы. Релаксация мышц передней брюшной стенки улучшало обзор и повышало диагностическую ценность процедуры.

Пневмоперитонеум накладывали одним из известных способов. В зависимости от диаметра лапароскопа вводили 5 или 10мм троакары. Диагностическую лапароскопию проводили с использованием видеосистемы. (рис.2.13).



Рис. 2.13. Релапароскопия. Больная Г. 39 лет. Состояние после операции ЛХЭ 3 сутки. Визуализируется желченстечение из дополнительных печеночно – пузырьных протоков (ходы Люшка).

Проводили компьютерную томографию (КТ) с болюсным

контрастированием. Повторное исследование осуществляли при необходимости.

КТ выполнили 19 больным. Толщина среза и шаг томографии при этом составлял 10 мм от ThIX-X до LIII-IV. Полученные данные позволили более достоверно оценить состояние органов брюшной полости, забрюшинного пространства, дифференцировать форму перитонита, а также определить лечебно-диагностическую тактику.

Лабораторные исследования периферической крови, мочи, биохимические анализы крови выполняли по общепринятым методикам.

Для характеристики степени эндогенной интоксикации и динамики воспалительного процесса использовали подсчет лейкоцитарного индекса интоксикации Я.Я. Кальф-Калифа.

С целью своевременной диагностики осложнений микробиологическому исследованию подвергали кровь, желчь, перитонеальный экссудат, жидкости, аспирированные при диагностических пункциях в лабораториях клинической микробиологии.

Для оценки тяжести состояния больных использовали шкалу APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Estimation; Knaus W.A. et al., 1985). Остроту физиологических показателей вычисляли посредством сложения баллов, полученных при оценке физиологических и лабораторных параметров организма. Состояние нервной системы оценивали по шкале ком Глазго. Общий балл шкалы APACHE II получали путем сложения баллов физиологических показателей, возраста пациентов и хронических заболеваний.

Степень органной дисфункции определяли по шкале SOFA (Sequential Organ Failure Assessment; Vincent J.L. et al., 1996), которая учитывает нарушения со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, печеночной, почечной, кровеносной и центральной нервной систем.

Оценку синдрома системной воспалительной реакции SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome; Bone R.C. et al. 1991) проводили

путем выявления международных клинико-лабораторным критериев:

- температура тела более 38 0С или менее 36 0С;
- тахикардия более 90 уд. в мин.;
- тахипноэ более 20 в мин. или рСО₂ менее 32 мм рт. ст.;
- лейкоцитоз более 12х10⁹/л или менее 4х10⁹/л, или более 10% незрелых форм.

Статистическая обработка результатов исследования выполнена с использованием персонального компьютера «IBMPCAT «Pentium-IV» с пакетом прикладных программ расширенного выпуска «Microsoft Office» версия 2000 для персонального компьютера. Оценку статистической значимости показателей и достоверности различий сравниваемых групп производили с использованием программного пакета «BIOSTAT», с использованием критериев Стьюдента, Фишера и χ^2 . Для анализа зависимостей использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

ГЛАВА 3. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПЕРИТОНИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

3.1. Клиника желчного перитонита, как следствие осложнения острого холецистита

В данной главе нами представлены результаты обследования и лечения 82 больных с желчным перитонитом, как осложнения острого деструктивного холецистита, оперированные в период 2001-2020 гг.

С учетом современных тенденций в развитии хирургии, для решения задач исследования направленных на разработку новой лечебно-диагностической тактики при желчном перитоните, больные были распределены на две группы. В I группу (гр. сравнения) вошли 33 пациента с перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита оперированные в период 2001-2010 гг., в комплексном лечении которых использовались стандартные общепринятые подходы. Во вторую группу (основную гр.) – 49, оперированные в период 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 мининвазивные хирургические вмешательства. При клинической реализации ПУВ в основу подхода были положены рекомендации Общества хирургии ускоренного выздоровления – ERAS (Enhanced Recovery After Surgery).

Желчный перитонит чаще всего развивался у больных пожилого и старческого возраста, что обусловлено увеличением у них деструктивных форм острого холецистита с перитонитом, которые протекали со стертыми симптомами заболевания. Больные пожилого возраста, как правило, имели длительный анамнез течения ЖКБ и являлись носителями дремлющей инфекции, значительных морфологических изменений не только в желчном пузыре, но и в печени, поджелудочной железе. Кроме того, эти больные имели

тяжелые сопутствующие заболевания, которые в определенной степени сдерживали хирургов от выполнения санационных плановых оперативных вмешательств, что приводило к развитию деструктивных форм острого холецистита, перфорации желчного пузыря и развитию желчного перитонита.

По механизму истечения желчи в брюшную полость как осложнения острого деструктивного холецистита мы наблюдали две разновидности форм желчного перитонита: прободной и пропотной. Прободной желчный перитонит встречался у 27 (32,9%) больных (12-гр. сравнения, 15 – осн. гр.), который проявлялся картиной острой катастрофы в брюшной полости на фоне деструкции и перфорации стенки желчного пузыря. Пропотной желчный перитонит развивался на фоне деструктивного холецистита без перфорации стенки желчного пузыря и поскольку происходило постепенное пропотевание желчи в свободную брюшную полость, перитонит протекал с малозаметными симптомами. Только при значительном накоплении желчи в брюшной полости проявлялись характерные для перитонита признаки, что послужило причиной доставки их в хирургический стационар. По нашим наблюдениям пропотной перитонит имел место у 55 (67,1%) пациента (21-гр. сравн., 34-осн.гр.). Таким образом в наших наблюдениях отмечается значительное превалирование (более чем в 2 раза) пропотного желчного перитонита (табл 3.1).

Табл 3.1

Распределение больных по механизму развития желчного перитонита

характер перитонита	Всего больных		Гр. сравнения		Основная гр.	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
прободной	27	32,9	12	44,4	15	55,6
пропотной	55	67,1	21	38,2	34	61,8
Всего	82	100	33	40,2	49	59,8

В развитии желчного перитонита, по мнению академика Ф.Г. Назирова и соавт. (2019), основополагающими являются следующие факторы.

Характер, количество и скорость излияния желчи. Реакция брюшины и организма в целом отличаются при массивном одномоментном излиянии

желчи, медленном ее истечении или протопевании желчи. В первом случае наблюдалось клиника абдоминального шока, а при протопевании желчи клинически это происходило малозаметно (в наших наблюдениях из 27 больных с желчным прободным перитонитом только 3 поступили в клинику в состоянии шока). Качество желчи также влияло на развитие патологического процесса вызываемого желчью. При эмпиеме желчного пузыря перфорация стенки не сопровождалась шоковым состоянием (в наших наблюдениях таких больных было 10).

Место излияния желчи — свободная или отграниченная брюшная полость. Распространение желчи по всей брюшной полости сопровождалось тяжелой шоковой реакцией. Вместе с тем при излиянии и скоплении желчи в отграниченном пространстве не наблюдалось четкой картины проявления перитонита.

Таким образом, среди 82 больных с деструктивным холециститом, осложненным желчным перитонитом, по характеру патологического процесса прототной наблюдался у 55 (67,1%) больного, из них разлитой — у 9 (16,4%) и отграниченный — у 46 (83,6%). Прободной желчный перитонит был у 27 (32,9%) больных, из них разлитой — у 10 (37,1%) и отграниченный — у 17 (62,9%) (табл. 3.2).

Табл 3.2

Распределение больных по распространенности желчного перитонита

характер перитонита	Всего больных		Гр. сравнения		Основная гр.	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
разлитой	19	23,2	8	42,1	11	57,9
отграниченный	63	76,8	25	39,7	38	60,3
Всего	82	100	33	40,2	49	59,8

Таким образом, по данным нашего исследования по распространенности у $\frac{3}{4}$ пациентов (76,8% наблюдений) наблюдался отграниченный желчный перитонит.

У пациентом с прободным и пропотным желчным перитонитом при поступлении в стационар острое начало заболевания отмечено у 27 (32,9%) и постепенное нарастание – у 55 (67,1%). Более тяжелая форма – разлитой желчный перитонит наблюдался 23,2% , т.е. у ¼ больных.

В первые сутки заболевания поступило 31 (37,8%) больных, во вторые сутки – 22 (26,8%), на третьи – 18 (21,9%), от четырех до семи суток – 6 (7,3%) и свыше семи суток – 5 (6,1%). Таким образом можно отметить значительный процент поздней госпитализации пациентов, что объясняется поздней обращаемостью их за медицинской помощью в результате неадекватной оценки своего состояния.

Многообразие патологического процесса находилось в прямой зависимости от сложного механизма действия желчи и ответных реакций организма. Этими факторами в определенной степени обусловлена многосимптомность желчного перитонита и отсутствие патогномичных признаков. Желчный перитонит в 1/3 случаев начиналось остро и внезапно, и тогда по клинической картине оно имело сходство со многими острыми заболеваниями органов брюшной полости, что нередко приводило к диагностическим ошибкам. В то же время желчный перитонит у 2/3 больных начиналось медленно с постепенным нарастанием симптомов болезни, расцениваемых как хроническое заболевание органов брюшной полости. Указанные особенности клиники и течения желчного перитонита обуславливали запоздалую диагностику заболевания и проведения оперативного лечения при этом заболевании. У всех пациентов наблюдались симптомы системной воспалительной реакции.

При госпитализации относительно удовлетворительное общее состояние отмечено у 17 (20,7%) больных, средней тяжести – у 31 (37,8%), тяжелое – у 24 (29,3%) и крайне тяжелое – у 10 (12,2%) больных.

Исходя из критериев диагностики сепсиса, синдром системной воспалительной реакции (SIRS) наблюдался у 114 (87 %) пациентов, 10 из них находились в септическом состоянии.

3.2. Оптимизация тактики хирургического лечения больных с желчным перитонитом как следствия острого деструктивного холецистита

Больные с желчным перитонитом нуждались в хирургическом лечении в экстренном порядке, при этом наличие желчи в брюшной полости требовало ее немедленного удаления и устранения источника. В то же время чаще всего пациенты были пожилого возраста, с тяжелой сопутствующей патологией, что требовало дифференцированного подхода к срокам и объему оперативного вмешательства. В этих случаях возникала необходимость в интенсивной инфузионной дезинтоксикационной терапии, коррекции водно-электролитного баланса, восполнения белкового состава в организме. Однако нормализовать эти нарушения, без хирургического вмешательства было невозможным, поэтому приходилось руководствоваться относительными показателями улучшения и стабилизации состояния больных.

Из 82 пациентов, поступивших в стационар с желчным перитонитом, 31 (37,8 %) оперированы в течение первых 6 часов. Эта группа пациентов поступала в относительно стабильном состоянии, когда требовалось проведение диагностических мероприятий и предоперационная подготовка. В течение от 6 до 24 часов, т.е. 1-х суток оперировано 43 (52,4%) пациентов. Позже суток от момента поступления в клинику операция проведена 8 (9,8%) больным (табл.3.3).

Табл 3.3

Распределение больных по срокам операции от времени поступления в стационар

Сроки операции	Всего больных		Гр. сравнения		Основная гр.	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
До 6 час.	31	37,8	12	36,4	19	38,8
От 6 – до 24 час.	43	52,4	17	51,6	26	53,1
Свыше 24 час.	8	9,8	4	12,1	4	8,1
Всего	82	100	33	40,2	49	59,8

У больных группы сравнения в зависимости от объема проведенные операции были разделены на 3 вида: – ХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 19; – ХЭ, санация и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) выполнено 9; – ХЭ, холедохолитотомия, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 5 больным. Во всех случаях использовался широкий верхне - срединный доступ (табл 3.4).

Табл 3.4

Объем и характер оперативных вмешательств у больных желчным перитонитом в группе сравнения

Объем операции	Всего больных	
	кол-во	%
Лапаротомия, ХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства	19	57,6
Лапаротомия, ХЭ, санация и дренирование брюшной полости	9	27,3
Лапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия, санация и дренирование подпеченочного пространства	5	15,2
Всего	33	100

В основной группе больных проведены следующие виды операций:
 – Микрохолцистостомия и пункции билом под УЗИ наведением 11; –ЛХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 9; – ЛХЭ, санация и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) 4.; ЛХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства, ЭПСТ– 3; –ХЭ из минилапаротомного доступа и холедохолитотомия, дренирование холедоха и санация и дренирование подпеченочного пространства 6; – ХЭ, санация и дренирование брюшной полости из открытого широкого лапаротомного доступа 16 больным (табл 3.5).

Табл 3.5

Объем и характер оперативных вмешательств у больных желчным перитонитом в основной группе исследования

Объем операции	Всего больных	
	кол-во	%
Микрохолецистостомия и пункции биллом	11	22,4
ЛХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства	9	18,4
ЛХЭ, санация и дренирование брюшной полости	4	8,1
ЛХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства, ЭПСТ	3	6,1
Минилапаротомия, ХЭ, холедохолитотомия, дренирование холедоха, санация и дренирование подпеченочного пространства	6	12,2
Лапаротомия, ХЭ, санация и дренирование брюшной полости	16	32,6
Всего	49	100

В основной исследуемой группе у 11 пациентов с острым деструктивным холециститом и отграниченным скоплением желчи в подпеченочном пространстве с исходно тяжелым общим состоянием произведена декомпрессия желчного пузыря посредством чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии (ЧЧМХС) и пункция биломы под УЗИ наведением. Дренирование желчного пузыря проводили через участок паренхимы печени с целью герметизации канала и профилактики подтекания желчи. Дренирование во всех случаях проводили «зонтичным» стилет –

периодический озноб, тошноту, рвоту. Болеет в течение 10 дней. Ранее отмечала несколько раз приступообразные боли в правом подреберье. При амбулаторном обследовании на УЗИ имеются конкременты желчного пузыря с 2018 года. Общее состояние больной при поступлении средней тяжести, кожные покровы бледные. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный, напряженный. Язык немного суховат, обложен белым налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье. Симптомы Мерфи и Ортинера-Грекова положительны. Печень и селезенка не пальпируются. Стул обычной окраски. Мочепускание свободное.

Общий анализ крови: Нв-85 г/л, эр.- $2,7 \times 10^{12}$ /мл, ЦП-0,8, тробл-230, лейкоц.- $12,7 \times 10^9$ /мл, свёртываемость крови -3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-25 мм/ч. Биохимическое исследование крови: бил.-22,65 мкмоль/л, АЛТ-0,96 ммоль/л, АСТ-0,34 ммоль/л, тим.пр.-4, мочеви.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 ммоль/л, общ.белок-70,5 г/л. Рентгенография грудной клетки: патология не выявлена. УЗИ: желчный пузырь 8,5×4см, стенка пузыря - 5мм, в просвете определяются конкременты диаметром до 0,8 см. Холедох d-0,9 см, в просвете определяется густая желчь с хлопьями, внутрипеченочные желчные протоки не расширены.

Установлен диагноз острый калькулезный холецистит. На 2 сутки была выполнена ЧЧМХС под ультразвуковым наведением. Эвакуировано 160,0 гнойной желчи с хлопьями. На 2 сутки от момента дренирования выполнена фистулография при которой контрастировался желчный пузырь с крупным камнем и желчные нерасширенные протоки, с хорошим сбросом контраста в 12 перстную кишку. Несмотря на проводимое медикаментозное лечение и адекватное функционирование микрохолецистостомы, у больной сохранялась гипертермия. При УЗИ, выполненном на 2 сутки после дренирования, в правой мезогастральной области обнаружено объемное образование 16,7х5,5х6,8 см, с участками различной эхогенности – билома (Рис 3.4).



Рис 3.5. Пункция биломы под контролем УЗИ на 2 сутки после ЧМХС у больной К.

Дальнейший послеоперационный период протекал гладко. Температура тела нормализовалась, боли и перитонеальные симптомы исчезли. Выписана на 7-е сутки после контрольной УЗИ, во время которой скоплений жидкости в подпеченочном пространстве не обнаружено. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

На этом примере у больной пожилого возраста показано эффективность ЧМХС и пункции скопления желчи в брюшной полости. Через 4 месяца в плановом порядке ей проведено ЛХЭ.

Лапароскопическая холецистэктомия завершена санацией и дренированием подпеченочного пространства 9 больным при остром деструктивном холецистите и местном перитоните. При разлитом желчном перитоните ЛХЭ дополнена санацией брюшной полости с обязательным дополнительным дренированием правого бокового канала и полости малого таза 4 больным. Операцию ЛХЭ проводили под общим обезболиванием, добиваясь при этом глубокой релаксации брюшной стенки. Основными этапами эндоскопической операции являются: создание пневмоперитонеума, введение троакаров и инструментов, ревизия брюшной полости, выделение желчного пузыря из сращений, пузырного протока и пузырной артерии с

последующим их клипированием и пересечением; выделение желчного пузыря из ложа печени и извлечение его из брюшной полости (иногда с использованием контейнера) и установка контрольного дренажа в подпеченочном пространстве. Для введения троакаров в брюшную полость производят дугообразный разрез длиной 1,5 см над или под пупком и три разреза длиной 0,5 см в правом подреберье. ЛХЭ проводилось стандартно по методике «хобот слона» с идентификацией и раздельным клипированием пузырного протока и артерии.

3 больным при сочетании с холедохолитиазом после ЛХЭ выполнено ЭПСТ.

Приводим клиническое наблюдение:

Клиническое наблюдение: Больная М., 63 лет, и/б №4651/125, поступила в клинику 12.11.2019 г. с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, потемнение цвета мочи и иктеричность склеры. Болеет в течение недели. Свою болезнь связывает с передаваемым жирной пищи. В анамнезе отмечала несколько раз приступообразных болей в правом подреберье. На УЗИ отмечены конкременты желчного пузыря с 2016 года.

Общее состояние больной при поступлении средней тяжести, кожные покровы иктеричные. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тон над аортой, пульс ритмичный, напряженный. Язык немного суховат, обложен налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается напряжение мышц в правом подреберье, под ребром пальпируется дно болезненного, увеличенного желчного пузыря. Симптомы Мерфи и Ортинера-Грекова положительны. Печень и селезенка не пальпируются. Стул обычной окраски. Мочевыделение свободное.



Рис. 1. Больная М., 63 лет. Сонограмма. Увеличенный желчный пузырь.

Общий анализ крови: Нв-96 г/л, эр.- $3,4 \times 10^{12}$ /мкл, F-0,8, тромб-230, л.- $9,7 \times 10^9$ /мкл, ВСК-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-25 мм/ч, Ht-24.

Биохимическое исследование крови: бил. -149,65 мкмоль/л, прям.-138,27 мкмоль/л, АЛТ-1,96 ммоль/л, АСТ-1,34 ммоль/л, тим.пр.-2, мочев.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 ммоль/л, общ.белок-70,5 г/л.

Рентгенография грудной клетки: патология не выявлена.

УЗИ: желчный пузырь 15×8см, в просвете определяются конкременты диаметром до 1 см, один конкремент вклинился в шейку желчного пузыря. Холедох d-1,9 см, внутрпеченочные желчные протоки расширены.

С клиническим диагнозом: «Острый деструктивный калькулезный холецистит. Местный перитонит. Холедохолитиаз». 13.11.2019 г. под эндотрахеальным наркозом выполнена Лапароскопическая холецистэктомия. Удалён флегманозно измененный желчный пузырь после предварительной пункции и эвакуации гноя из полости пузыря. Из подпеченочной области эвакуировано до 150 мл желчи и серозного экссудата. Проведено санация и дренирование подпеченочной области.

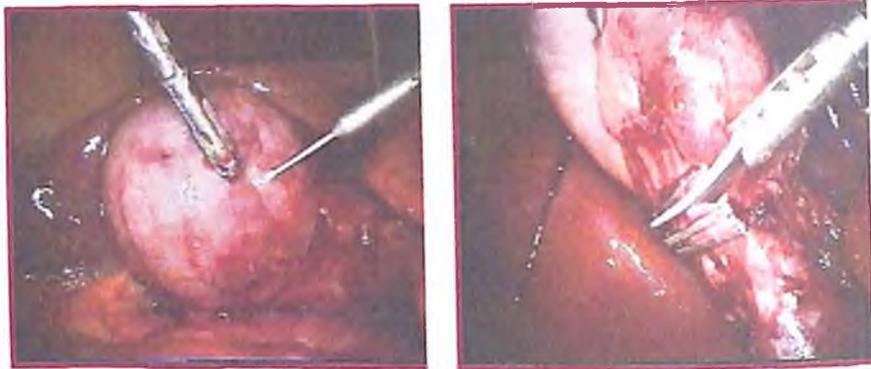


Рис. 3.7. Этапы лапароскопической холецистэктомии больной М. 63 лет.

16.11.2019 г. с целью декомпрессии желчевыводящих протоков проведено ЭПСТ (рис. 3.8). Под давлением выделилась густая, мутная желчь и конкременты 0,7-0,9 см мягкой консистенции. Состояние больной после операции улучшилось.

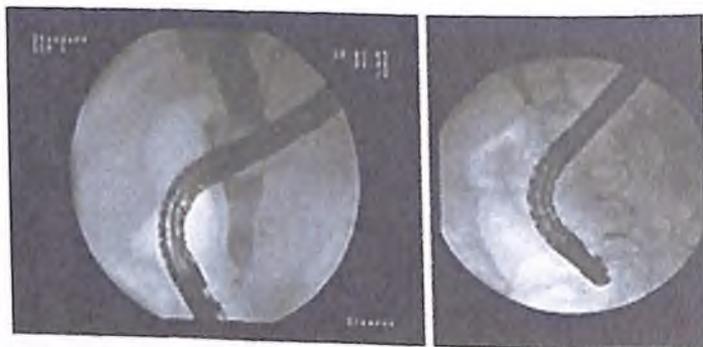


Рис. 3.8. ЭПСТ и эндоскопическая установка назобилиарного дренажа больной М. 63 лет.

Повторный анализ крови на 5 сутки. Общий анализ крови: Нв-94 г/л, эр- $3,2 \times 10^{12}$ /лкл, F-0,8, тромб-230, л.- $6,5 \times 10^9$ /лкл, ВСК-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-1%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-15 мм/ч, Нт-24. Биохимическое исследование крови: бил.-29,15 мкмоль/л, прям.-18,1 мкмоль/л, АЛТ-0,92

ммоль/л, АСТ-1,34 ммоль/л, тим.пр.-2, мочеv.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-82,9 ммоль/л, общ.белок-70,5 г/л.

Течение послеоперационного периода гладкое, из дренажной трубки в первые сутки была серозно-геморрагическая жидкость в количестве до 5 мл. Дренажная трубка удалена на вторые сутки после операции. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии на 7 сутки после ЛХЭ и 4 сутки после ЭПСТ 20.11.2019 г..

В данном клиническом наблюдении применение эндоскопических технологий позволили провести коррекцию тяжелых осложнений ЖКБ как острый флегмонозный холецистит, желчный перитонит и холедохолитиаз.

ЭПСТ выполняли в отделении эндохирургии I – клиники СамМИ при помощи стандартного дуоденоскопа, электрохирургического блока и сфинктеротома. В большинстве случаев использовали натяжной (pull type) сфинктеротом. Он представляет собой пластиковый катетер внутри которого находится металлическая струна. В дистальной части катетера струна проходит вне его и вновь прячется в оболочку у конца папилотома. Натяжение сфинктеротома приводит к сгибанию его дистального конца и установке струны в режущее положение. Сфинктеротомы этого типа различаются по длине носика и количеству каналов (для проводника, введения контраста). Длина режущей струны варьирует от 20 до 40 мм. Большая длина режущей струны облегчает правильную ее ориентацию в БДС. Наиболее же удобными нам представляются сфинктеротомы с дополнительным каналом для проводника. Во первых их использование позволяет избежать трудностей повторной катюляции желчевыводящих путей сфинктеротомом после первичной катюляции катетером, ведения контраста и обнаружении показаний к выполнению ПСТ - сфинктеротом свободно устанавливается по проводнику, во вторых проводник предупреждает "выскальзывание" инструмента из БДС во время рассечения. (рис. 3.6)



Рис. 3.6. Больная Д., 50 лет. Этапы выполнения эндоскопической папилосфинктеротомии

Во время папилосфинктеротомии больной должен быть адекватно седатирован (мы используем реланиум в сочетании с наркотическими анальгетиками или пропофол), а перистальтика снята (мы применяем атропин внутримышечно в сочетании с метацином внутривенно). Резкое движение или перистальтическая волна в момент рассечения может привести к крайне нежелательным последствиям. С профилактической целью перед манипуляцией вводили сандостатин и антибиотики.

Рассечение проводили путем серии коротких подач тока, медленно (для

адекватной коагуляции краев разреза и контроля его протяженности), постепенно вытаскивая сфинктеротом, что обеспечивало соприкосновения с тканями только кончика режущей струны. (рис 3.7)



Рис. 3.7. Этап выполнения сфинктеротомии

Во всех случаях ЭПСТ завершали установкой назобилиарного дренажа (рис. 3.8).



Рис. 3.8. Эндоскопическая напилосфинктеротомия и установка назобилиарного дренажа.

6 пациентам ХЭ и холедохолитотомия произведены из открытого минидоступа. Для выполнения ХЭ из минни-доступа произвели вертикальный трансректальный разрез длиной 4-5 см в правом подреберье. Ретракторы-

зеркала создают значительное по объему операционное пространство, позволяющее визуально контролировать ход операции и свободно манипулировать инструментами. Изменяя положение ретракторов-зеркал и увеличивая тем самым операционное пространство в зоне интереса, можно производить не только изолированную холецистэктомию, но и расширить вмешательство: выполнить холедохолитотомию, наружное дренирование холедоха (рис. 3.9).



Рис. 3.9. Инструментарий «миниассистент» фирмы САН

Вместе с тем, 16 больным при разлитом желчно-гнойном перитоните ХЭ и санация брюшной полости выполнено из широкого лапаротомного доступа.

Приводим клиническое наблюдение:

Клиническое наблюдение: Больная Ш., 58 л. ИБ № 4379/312 поступила в 1 клинику СамМИ 24.05.2020 с жалобами на боли по всему животу, тошнота, рвота, вздутие живота, сухость во рту, повышение температуры, озноб, желтушность склер, ахоличный стул, общую слабость. Из анамнеза болеет в течении 7 дней. Общее состояние больной при поступлении тяжелое, кожные покровы и склеры иктеричные.

Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается слабое везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык сухой, обложен. Живот симметричный, увеличен за счет вздутия, не участвует в акте дыхания, при пальпации во всех отделах определяется напряжение мышц и болезненность. Симптомы Щетки – Блюмберга, Ортинер – Грекова, Мерфи, Мюсси – Георгиевского положительна. Печень и селезенка не пальпируются. Стул ахоличный. Мочепускание свободное. Общ. анализ крови: Нв-78 г/л, эр.- $2,2 \times 10^{12}$ /мкл, ЦП-0,7, тромбо-210, л.- $12,1 \times 10^9$ /мкл, ВСК-2'30"-3'50", п.-3%, с.-65%, эоз.-5%, лимф.-22%, мон.-5, СОЭ-26 мм/ч. Биохимическое исследование крови: бил.-126,6 мкмоль/л, АЛТ-0,98 ммоль/л, АСТ-1,19 ммоль/л, тим.пр.-4, мочеви.-8,36 ммоль/л, ост.азот-19 г/л, креат.-119,2 мкмоль/л, общ.белок-52,5 г/л. Рентгенография грудной клетки: без патологии. УЗИ: желчный пузырь размерами 94x45 мм, стенки утолщены до 8 мм, в области шейки определяется конкремент размерами 9x13 мм. Внутривенечные желчные протоки незначительно расширенные, стенки утолщены, в просвете холедоха визуализируется конкремент размерами 10x8 мм. Кишечные петли расширены, вздуты. В подпеченочной области и в полости малого таза определяется свободная жидкость в количестве 300 мл.

С клиническим диагнозом: «Острый калькулёзный деструктивный холецистит. Перитонит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха» 25.05.2020г. Больной под общим эндотрахеальным наркозом произведена операция: «Лапаротомия. Холецистэктомия. Холедохолитотомия. Санация и наружное дренирование холедоха по А.В. Вишневскому. Санация и дренирование брюшной полости». При повторном исследовании крови: Нв-74 г/л, эр.- $2,0 \times 10^{12}$ /мкл, ЦП-0,7, тромбо-243, л.- $8,1 \times 10^9$ /мкл, ВСК-3'30"-5'50", п.-2%, с.-66%, эоз.-3%, лимф.-24%, мон.-5, СОЭ-14 мм/ч. Биохимическое исследование крови: бил.-36,6 мкмоль/л, АЛТ-0,78 ммоль/л, АСТ-0,91 ммоль/л, тим.пр.-4, мочеви.-7,56 ммоль/л, ост.азот-16 г/л, креат.-89,2 мкмоль/л, общ.белок-55,3 г/л. УЗИ: Внутривенечные желчные протоки в норме, стенки толщиной 3 мм, в просвете холедоха визуализируется дренажная

трубка. На 7 сутки после операции больная выписана домой в удовлетворительном состоянии с дренажем в холедохе.

На данном клиническом примере показано необходимость выполнения срочной операции из широкого срединного лапаротомного доступа с удалением флегмонозно измененного желчного пузыря, холедохолитотомии и санации брюшной полости.

Таким образом, приоритетное использование мининвазивных хирургических вмешательств (диапневтические и лапароскопические методы) в лечении местного желчного перитонита, как осложнения острого деструктивного холецистита успешно осуществлено у 67,3% больных основной группы. Выполнение ХЭ и санации брюшной полости из широкого лапаротомного доступа была необходимой лишь в 32,7% случаев при разлитом желчно-гнойном перитоните.

ГЛАВА 4. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧНОГО ПЕРИТОНИТА

4.1. Причины и особенности развития послеоперационного желчного перитонита

В данной главе представлены результаты обследования и лечения 49 больных с желчным перитонитом, развившимся вследствие желчеистечения в брюшную полость после операций на желчевыводящих протоках. 2001-2020 гг., т.е. за последние 20 лет прооперированы 5849 больных с холелитиазом и частота данного осложнения составило 0,84%.

Среди осложненных хирургического вмешательства после операции на желчных путях как желчеистечение в брюшную полость в раннем послеоперационном периоде следует рассматривать как самостоятельную проблему, поскольку оно имеет очень серьезные последствия и опасно для жизни.

Основными причинами послеоперационного желчеистечения и желчного перитонита в наших наблюдениях были как «малые» повреждения желчных протоков (согласно классификации Э.И. Гальперина (2011) как – несостоятельность культи пузырного протока, aberrantные печеночно-пузырные протоки ложа желчного пузыря (ходы Люшка), выпадение или дислокация ранее установленного дренажа из гепатикохоледоха, так и «большие» повреждения – ятрогенные непреднамеренные травмы магистральных желчных протоков при выполнении холецистэктомии.

Выделили 3 степени послеоперационного желчеистечения по классификации предложенной L.Morgenstern (2006) Желчеистечение I степени – до 100 мл / сутки по дренажу из брюшной полости или ограниченное скопление желчи в ложе желчного пузыря объёмом менее 100 мл по данным УЗИ. Желчеистечение II степени – до 500 мл / сутки по дренажу или свободная жидкость над и под печенью. Желчеистечение III степени – более 500 мл / сутки по дренажу или свободная жидкость в 3 и более областях брюшной

полости.

Источником послеоперационного желчеистечения в 9 наблюдениях были дополнительные (абберрантные) желчные протоки (ходы Люшка) в ложе желчного пузыря, в 14 наблюдениях – несостоятельность культи пузырного протока, в 14 наблюдениях – несостоятельность культи пузырного протока вследствие соскальзывания клипс или лигатур, у 5 пациентов ЖИ из дефекта в стенке гепатикохоледоха вследствие самопроизвольного выпадения т.е. дислокации установленного дренажа из гепатикохоледоха, в 21 – ятрогенные повреждения магистральных желчных протоков (рис. 4.1).

Желчеистечение наблюдалось после ЛХЭ – 2,1% (21), ХЭ из минилапаратомного доступа 1,1% (9), ХЭ из лапаротомного доступа – 2,4% (19 больных).

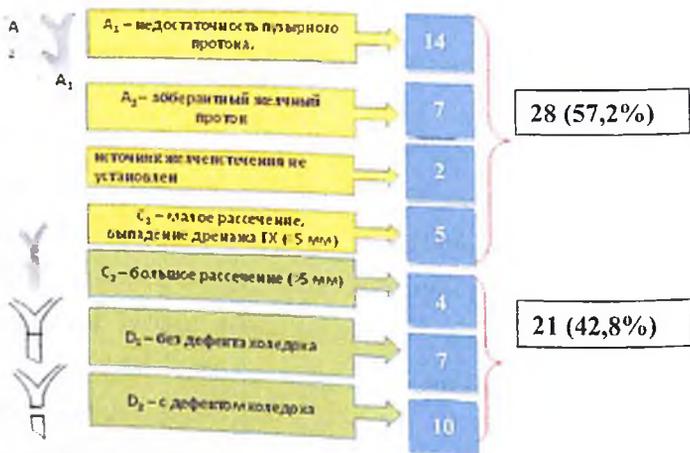


Рис. 4.1. Источник послеоперационного желчеистечения в брюшную полость по P. Neuhaus (2000).

Средний возраст пациентов с желчеистечением и желчным перитонитом после ХЭ составил 49 ± 5,1 лет – лица наиболее трудоспособного возраста, мужчин – 16 и женщин – 33, то есть соотношение 1:2, хотя в гендерной структуре оперированных больных с ЖКБ это соотношение составляло 1:6, что еще раз подтверждает литературные данные о сложностях выполнения ХЭ

у лиц мужского пола.

35 (71,4%) из 49 больных с желчеистечением поступили в стационар и оперированы по ургентным показаниям по поводу острого деструктивного холецистита, 14 (28,6%) - по поводу хронического калькулёзного холецистита. По данным нашего исследования желчеистечение наблюдалось в 3 раза чаще после экстренных операций, нежели после плановых (рис 4.2).

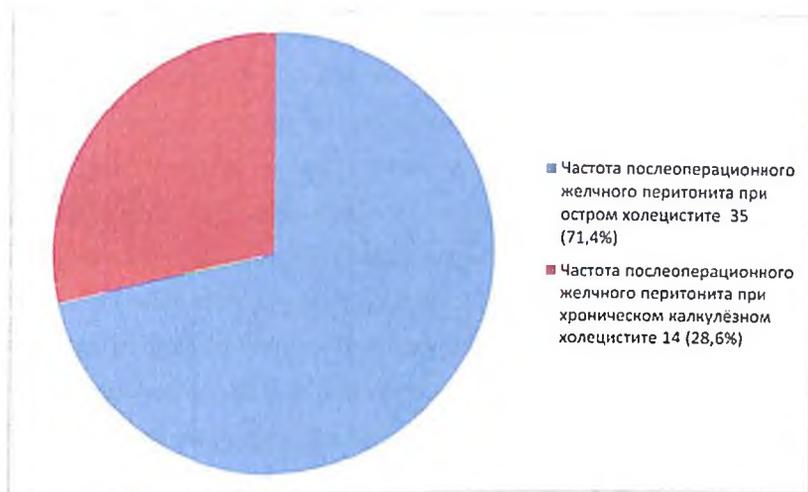


Рис. 4.2. Соотношение частоты послеоперационного желчного перитонита при остром и хроническом холецистите

При желчном перитоните после ХЭ в раннем послеоперационном периоде всем больным выполняли УЗИ (49), по показаниям РПХГ (14), фистулохолангиографию (9), интраоперационную холангиографию (13), МРПХГ (13), реланароскопию (12).

С учетом современных тенденций в развитии хирургии, для решения задач исследования направленных на разработку новой лечебно-диагностической тактики при ЖП, больные были распределены на две группы. В I группу (гр. сравнения) вошли 22 пациента (1,1% из 2048 больных) с

послеоперационном желчном перитоните как осложнения операций на желчевыводящих протоках оперированные в период 2001-2010 гг., в комплексном лечении которых использовались стандартные общепринятые подходы. Во вторую группу (основную гр.) – 27 (0,7% из 3801 больных), оперированные в период 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. При клинической реализации ПУВ в основу подхода были положены рекомендации Общества хирургии ускоренного выздоровления – ERAS (Enhanced Recovery After Surgery).

При желчеистечении I степени и местном желчном перитоните с объемом до 100 мл по данным УЗИ в гр. сравнения (6 больных) 3 больным произведена реканализация контрапертуры с дренированием подпеченочной области. 3 больным выполнено релапаротомия: источником желчеистечения в 1 наблюдении явилась дислокация дренажа из гепатикохоледоха, который повторно фиксирован. Еще в 2 наблюдениях источником желчеистечения явилась несостоятельность культи пузырного протока, которая повторно лигирована. Подпеченочная область санирована и дренирована.

При желчеистечении II степени и местном желчном перитоните с объемом до 500 мл занимающем подпеченочную область и правый боковой канал по данным УЗИ в группе сравнения (6 больных) вследствие несостоятельности культи пузырного протока 2 больным проведена релапаротомия с повторным лигированием пузырного протока. При этом у 2 больных причиной несостоятельности культи пузырного протока явилась холедохолитиаз и билиарная гипертензия, им проведена релапаротомия с холедохолитотомией и дренированием холедоха. 2 больным с самопроизвольным выпадением дренажа из ГХ так же произведена релапаротомия с повторным дренированием общего желчного протока. Операции завершены санацией брюшной полости и дренированием

подпеченочного пространства, правого бокового канала и полости малого таза.

Повреждение магистральных желчных протоков явилось причиной желченстечения III степени и разлитого желчного перитонита у 10 больных группы сравнения. Восстановительные операции проведены в 5 случаях, из них при красвом повреждении гепатикохоледоха 2 больным произведено ушивание дефекта на Т - образном дренаже. При полном пересечении гепатикохоледоха билиобиллярный анастомоз наложен 3 больным. 5 больным выполнены реконструктивные операции: 2 наложен гепатикодуоденоанастомоз, 3- первым этапом вследствие перитонита произведено наружное дренирование проксимальной культи общего печеночного протока, затем через 3 месяца наложен гепатикоеюноанастомоз на транспеченочном каркасном дренаже.

В основной исследуемой группе (7 больных) при билеме вследствие желченстечения из aberrантных протоков в ложе желчного пузыря с объемом до 100 мл по данным УЗИ 3 больным потребовались пункции под эхографическим контролем с целью эвакуации скопления жидкости в подпеченочном пространстве.

Приводим клиническое наблюдение:

Больная К. 48 лет, № и/б 3948/214 поступила в клинику 12.03.2019 г. Жалобы: боли в правом подреберье. горечь во рту. вздутие живота, тошнота, рвота. Болеет в течение 10 дней. Свою болезнь связывает с переданьем. Ранее отмечала несколько раз приступообразные боли в правом подреберье. При амбулаторном обследовании на УЗИ обнаружены конкременты желчного пузыря с 2018 года.

Состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, пульс ритмичный, напряженный. Язык немного суховат, обложен белым налетом. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается

болезненность в правом подреберье. Симптомы Мерфи и Ортиера-Грекова положительные. Печень и селезенки не пальпируются. Стул обычной окраски. Мочиспускание свободное.

Общий анализ крови Нв-85 г/л, эр $-2,7 \times 10^{12}$ мкл. ЦП-6.8. тромбо-230, лейкоц- $12,7 \times 10^9$ мк/л. свёртываемость крови -3'50"-4'00". п.-3%. с.-65%. эоз.-1%. лимф -20%. мон.-7. СОЭ-25 мм/ч. Биохимическое исследование крови: Бил -22,65 мкмоль/л. АЛТ-0,96 ммоль/л. АСТ-0,34 ммоль/л. тим.пр -4,0. мочеви-4,66 ммоль/л. ост. азот-17 г/л, креат -82,9 ммоль/л. общ.белок-70,5 г/л.

Установлен диагноз «Острый калькулезный холецистит». 12.03.2019г. больной в экстренном порядке произведена лапароскопическая холецистэктомия без технических трудностей. На 2-е сутки после операции у больной отмечался болевой синдром в правом подреберье. По улавливающему дренажу подпеченочного пространства выделений не отмечалось. Проведённое УЗИ визуализировало признаки наличия ограниченного, однородного скопления жидкости в подпеченочном пространстве в количестве 100 мл. Перитонеальные симптомы отсутствовали. Продолжали консервативную (антибактериальную и инфузионную) терапию и динамическое наблюдение пациентки. На 4-е сутки после ЛХЭ у пациентки боли в правом подреберье усилились, температура тела поднялась до 37,9 °С. Появились локальные перитонеальные симптомы. При УЗИ-мониторинге выявлено ограниченное скопление однородной жидкости в подпеченочной области, которое увеличилось в количестве до 150 мл. Под местным обезболиванием выполнена пункция ограниченного скопления жидкости под контролем УЗИ, при которой из подпеченочного пространства эвакуировано до 150 мл желчи (рис.4.3).



Рис. 4.3 А.Эхограмма больной К. 48 лет, 4 сутки после ЛХЭ , в подпеченочном пространстве ограниченное скопление жидкости до 150 мл. Пункция биломы под контролем УЗИ.

Дальнейший послеоперационный период протекал гладко. Пациентке продолжена антибактериальная, дезинтоксикационная и инфузионная терапия под регулярным контролем лабораторных показателей. В результате проведенной комплексной санационной и медикаментозной терапии, состояние больной в динамике улучшилось, температура тела нормализовалась на те же сутки после санации подпеченочной области, боли в правом подреберье и перитонеальные симптомы исчезли. На 7-е сутки при контрольной УЗИ, скопления жидкости в подпеченочном пространстве не обнаружено. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Еще 2 больным проведена релапароскопия с клипированием ходов Люшка. У 1 больного причиной желченстечения была несостоятельность культи пузырного протока вследствие смещения клипсы, ему произведено релапароскопическое повторное его клипирование.

Приводим клиническое наблюдение:

Больная Р., 53 года. ИБ № 7351/456, поступила в хирургическое отделение клиники СамМИ 25.06.2008 для обследования и планового оперативного лечения по поводу хронического калькулезного холецистита. Боли в правом подреберье беспокоили около 2 лет, последние 3 месяца неоднократно были приступообразные боли в правом подреберье. Последний

приступ был 7 дней назад. При УЗИ- желчный пузырь размером 10,2x4,1 см, стенка 0,5 см, ближе ко дну имеются признаки начинающегося отека передней стенки, в просвете - яркий эхосигнал до 2,0 см, дающий акустическую тень. Холедох и внутривеночный протоки не расширены. Заключение: эхографическая картина калькулезного холецистита. Клинические анализы крови и мочи в пределах нормы. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, нормального телосложения, повышенного питания. 27.06.2008 г. выполнена лапароскопическая холецистэктомия. На операции выявлено: стенка желчного пузыря утолщена, обложен фибриновым налетом. В области гепатодуоденальной связки определяется перивезикальный инфильтрат. Произведена холецистэктомия. Дренаж в подпеченочное пространство. Время операции 65 минут. На 2 сутки отмечено до 150,0 мл отделяемого по дренажу с примесью желчи. 29.06.2008г выполнена релапароскопия. При ревизии в подпеченочном пространстве имеется скопившаяся желчь, после санации произведена ревизия ворот печени, идентификация элементов гепатодуоденальной связки из-за инфильтрата невозможно, источником желчеистечения явилось культя пузырного протока. Произошло соскальзывание клипс из культи пузырного протока. Длина пузырного протока составила 0,5 см, диаметр 0,7 см. Произведено повторное клипирование культи пузырного протока двумя клипсами. Послеоперационный период протекал без особенностей, больная выписана на 10 сутки после операции, с положительной динамикой на УЗИ. В последующем жалоб не предъявляла, при контрольных обследованиях патологии не выявлено. **Анализируя** данное наблюдение, следует отметить тактические и диагностические упущения, которые привели к осложнениям в послеоперационном периоде. При выполнении ЛХЭ выявлены грубые патологические изменения в области шейки желчного пузыря, острый флегмонозный холецистит. В данных условиях при утолщенной стенке, короткой культя пузырного протока клипсы плотно не смыкаются. При

гипертензии желчных протоков вероятность соскальзывания клипс с культи пузырного протока велика (рис 4.4).

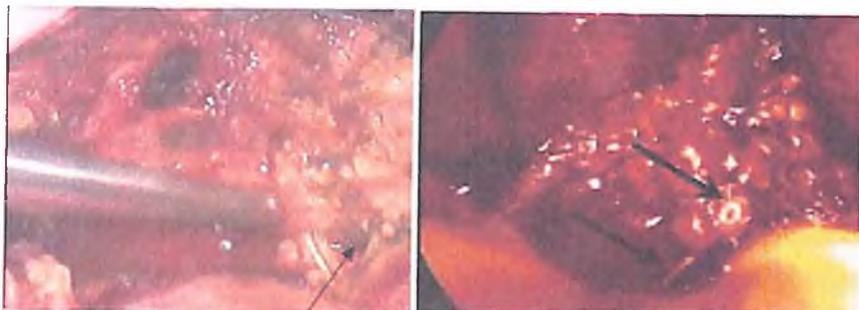


Рис 4.4. Больная Р., 53 года, состояние после ЛХЭ (2 сутки).

Релапароскопия, скопление желчи в подпеченочном пространстве вследствие недостаточности культи пузырного протока.

Дополнительное клипирование культи пузырного протока.

Также в одном наблюдении при наружном желченстечении по дренажу и скоплении желчи в подпеченочном пространстве из-за выпадения холедохостомического дренажа выполненное РПХГ с ЭПСТ и назобилирное дренирование явилось окончательным методом остановки желченстечения.

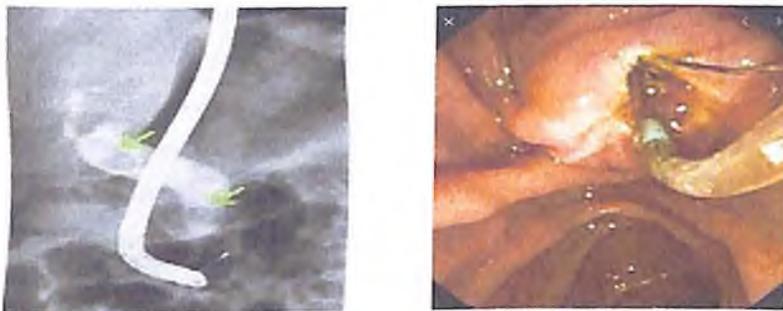


Рис. 4.5. РПХГ + ЭПСТ. Больной Ж. 61 лет. 3 – сутки после ЛХЭ. **Резидуальный холедохолитиаз, внутрибилиарная гипертензия. Недостаточность культи пузырного протока.**

При желченстечении II степени и местном желчном перитоните с объемом до 500 мл по данным УЗИ в группе сравнения (9 больных) с несостоятельностью культи пузырного протока (7 больных) вследствие холедохолитиаза и билиарной гипертензии выполнено у 2 больных РПХГ с

ЭПСТ и назоблинарным дренированием и реланароскопия с клипированием несостоятельной культы. Еще 5 больным произведена санация брюшной полости и повторное клипирование пузырного протока как причины послеоперационного желчного перитонита. Реланаротомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха и санация брюшной полости произведено 1 пациентке с разлитым желчным перитонитом. Еще у 1 пациентки причиной ограниченного желчного перитонита явилось желчеистечение из абберантного желчного протока ложа пузыря, повторными пункциями билома эвакуирована.

Приводим клиническое наблюдение:

Больная К., 35 лет, история болезни № 3948/342, поступила в клинику 12.03.2015 г. с диагнозом острый калькулезный холецистопанкреатит. На фоне консервативной терапии болевой синдром купирован, воспалительные явления стихли. 24.03.2015 г. пациентке в плановом порядке выполнена лапароскопическая холецистэктомия без технических трудностей. На 2-е сутки послеоперационного периода по улавливающему дренажу подпеченочного пространства отметили поступление 200 мл желчи. При ультразвуковом исследовании имелись признаки наличия свободной жидкости в подпеченочном пространстве. Учитывая адекватную функцию улавливающего дренажа, дебит желчи, соответствующий II степени желчеистечения, а также отсутствие перитонеальных симптомов, было решено продолжить динамическое наблюдение. На 4-е сутки после ЛХЭ по улавливающему дренажу брюшной полости выделилось 300 мл желчи. Пациентку стали беспокоить боли в правом подреберье, мезогастральной области справа, температура тела поднялась до 38,2 °С. При УЗ-мониторинге выявлено наличие свободной жидкости в проекции малого таза. Решено выполнить диагностическую лапароскопию, во время которой в брюшной полости, преимущественно в правом поддиафрагмальном и подпеченочном пространствах, а также по правому боковому каналу обнаружили до 500 мл желчи, которая аспирирована. При дальнейшей ревизии

в подпеченочном пространстве отмечался умеренно выраженный рыхлый спаечный процесс с вовлечением прядей большого сальника. Слайки тупо разделены. В ложе желчного пузыря обнаружено дополнительный aberrантный желчный проток, а из последнего отмечается поступление желчи. Выполнено клипирование aberrантного желчного протока двумя клипсами. Операция закончена выведением улавливающего дренажа подпеченочного пространства и правого бокового канала отдельно от раны. Дальнейший послеоперационный период протекал гладко. Дренажи удалены на 5-е сутки. Больная выписана на 15-е сутки после операции. В данном наблюдении распространенный желчный перитонит коррегирован при релапароскопии.

При повреждении магистральных желчных протоков желченстечение III степени и разлитом желчном перитоните в основной группе наблюдалось у 11 больных. Из них 4 поступили из других стационаров с установленным дренажом в проксимальной культе поврежденного печеночного протока. Из них 3 наложен ГЕА по РУ с ТПКД, в 1 наблюдении выполнен высокий прецизионный ГЕА без каркасного дренирования.

Приводим клиническое наблюдение:

Больная Н., 50 л. ИБ № 7351/654 переведена в 1 клинику СамМИ 18.05.2016 с жалобами на обильное выделение желчи из трубки (до 1000мл), светлый стул, общую слабость. Из анамнеза больная 4 дня назад оперировалась по поводу острого холецистита. Через двое суток после ХЭ произведена релапаротомия санация брюшной полости, наружное дренирование культи холедоха по поводу ятрогенного повреждения ГХ, разлитого желчного перитонита. Общее состояние больной при поступлении средней тяжести, кожные покровы бледные. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. В правом подреберье имеется дренажная трубка с обильным выделением желчи. Стул ахоличный. Мочевиспускание свободное. Общия анализ крови: Нв-86 г/л, эр.-2,4х10¹²/мкл, ЦП-0,8, тромб-230, л.- 8,7х10⁹/мкл,

ВСК-3'50"-4'00", п.-3%, с.-65%, эоз.-5%, лимф.-20%, мон.-7, СОЭ-15 мм/ч.
Биохимическое исследование крови: бил.-19,0 мкмоль/л, АЛТ-0,46 ммоль/л,
АСТ-1,16 ммоль/л, тим.пр.-4, мочев.-4,66 ммоль/л, ост.азот-17 г/л, креат.-
82,9 мкмоль/л, общ.белок-60,5 г/л. Рентгенография грудной клетки: без
патологии. УЗИ: повышение эхогенности печени, внутрпеченочные желчные
протоки расширены. Гепатикохоледох в диаметре 10 мм. Дистальная часть
не визуализируется. Трубка находится в гепатикохоледохе (рис. 4.6).



**Рис 4.6 Фистулохолангиография больной Н. Дренажная трубка (2)
установлена в проксимальной культи ГХ (1)**

С клиническим диагнозом: «Ятрогенная травма ГХ, : иссечение гепатикохоледоха, 0-тип. Наружный желчный свищ. 23.05.2016г. под общим эндотрахеальным наркозом произведена операция: «ГЕА по Ру с транспеченочным каркасным дренированием по Сейпол-Куриану». Произведен разрез кожи длиной до 18 см параллельно правой реберной дуге по Федорову. При вскрытии брюшной полости печень увеличена в размере, застойная. По дренажной трубке выделили печеночные протоки. Выявлено иссечение магистрального желчного протока на уровне конfluence. Наложен ГепЕА конец в бок одпорядным провизорным швом нитью пролен 4-0 на петле тонкой кишки отключенной по Ру. Дренажная трубка проведена через правый печеночный проток и выведена через VI сегмент печени. Второй конец трубки выведен через отключенную петлю кишки (метод Сейпол-

Куриана)).

Поддиафрагмальная и подпеченочные области дренированы. Брюшинная полость осушена и послойно ушита наглухо. Течение послеоперационного периода гладкое, заживление раны первичным натяжением. Дренажи из подпеченочного и поддиафрагмального пространства удалены на 5-6 сутки. Пациентка выписана домой с транспеченочным каркасным дренажом в удовлетворительном состоянии. Пациентка в течение двух лет находилась под нашим наблюдением. Каждые 2-3 месяца проводили смену ТПКД. Через 2 года дренаж удален. Результат удовлетворительный.

В наших наблюдениях у 2 больных с полным пересечением ГХ, выявленным в первые сутки после операции, также наложен высокий ГЕА по Ру без каркаса. 1 больной желчным перитонитом первым этапом произведена санация брюшной полости и дренирование печеночного протока.

Приводим клиническое наблюдение:

Больная Л., 43 года. ИБ № 6351. Поступила в хирургическое отделение клиники СамМИ 15.02.2008 для обследования и планового оперативного лечения по поводу хронического калькулезного холецистита. Боли в правом подреберье беспокоили около 1.5 лет, последние 3 месяца носили постоянный характер. При УЗИ- желчный пузырь размером 8.1х3.1см, стенка 0.4 см, ближе ко дну имеются признаки начинающегося отека передней стенки, в просвете - яркий эхосигнал до 2.0 см, дающий акустическую тень, без признаков смещения. (вколоченный в шейку камень). Холедох и внутрипеченочный протоки не расширены. Заключение - эхографическая картина калькулезного холецистита. Клинические анализы крови и мочи в пределах нормы. Объективно: состояние удовлетворительное. Жалобы на боли в правом подреберье. Кожные покровы обычной окраски, нормального телосложения, повышенного питания. 18.02.2008 г. выполнена лапароскопическая холецистэктомия. На операции выявлено: стенка желчного пузыря утолщена, при пункции пузыря получено 50 мл «белой» желчи. Конкремент вколочен в шейку желчного пузыря. Произведена

холецистэктомия. Ложке пузыря коагулировано. Дренаж в подпеченочное пространство. Время операции 65 минут. С первых суток отмечено до 500 мл отделяемого с примесью желчи. Повышение билирубина с 23.7 ммоль/л до 37.0 ммоль/л. 22.02.2008г выполнена РХПГ, поступления контраста в проксимальные отделы желчного протока не отмечено. Заподозрена травма общего желчного протока. 23.02.2008 г. выполнена операция - наружное дренирование проксимальной кюльти гепатикохоледох. При ревизии в подпеченочном пространстве и в малом тазу имеется желчь. В области гепатодуоденальной связки инфильтрат, при разделении которого выделены дистальный и проксимальный отделы общего печеночного протока, на пересеченном дистальном конце имелись клипсы, при чем в проксимальном отделе желчного протока клипс отсутствует. Проксимальный отдел шириной 8 мм, печеночный проток до бифуркации длиной 10 мм. Из-за инфильтрированных, пропитанных желчью тканей первым этапом произведена наружное дренирование общего печеночного протока. Через 4 месяца 10.07.2008г. больная госпитализирована для второго этапа операции. При поступлении жалобы на периодические ознобы, недомогание. Неоднократно проводилась инфузионная терапия. При МСКТ выявлено умеренное расширение внутрипеченочных желчных протоков. С диагнозом наружный желчный свищ 14.07.2008 больная взята на операцию. На операции выявлено - в подпеченочном пространстве выраженный спаечный процесс. Ориентируясь по дренажной трубке выделен проксимальный отдел гепатикохоледох в воротах печени, дренажная трубка удалена, при этом выявлено сужение печеночного протока до 5 мм, из которого поступает мутная желчь. Из паренхимы печени выделена зона бифуркации правого и левого печеночных протоков, произведено расширение протока за счет продольного рассечения боковой стенки левого печеночного протока. Наложен гепатикоюноанастомоз отдельными узловыми провизорными швами на петле по Ру на транспеченочном каркасном дренаже (рис.). Послеоперационный период протекал без особенностей, больная выписана на

15 суток после операции. Анализируя данное наблюдение, следует отметить тактические и диагностические упущения, которые привели к интраоперационному осложнению. 1. При выполнении ЛХЭ выявлены грубые патологические изменения в области шейки желчного пузыря, синдром Мирizzi. В данных условиях неверная идентификация анатомических структур треугольника Кало, гепатодуоденальной связки и ворот печени привела к повреждению ОПП с его частичным иссечением. 2. В условиях инфильтрата в области шейки желчного пузыря необходима конверсия, которая не предпринята. Операция завершена лапароскопически.

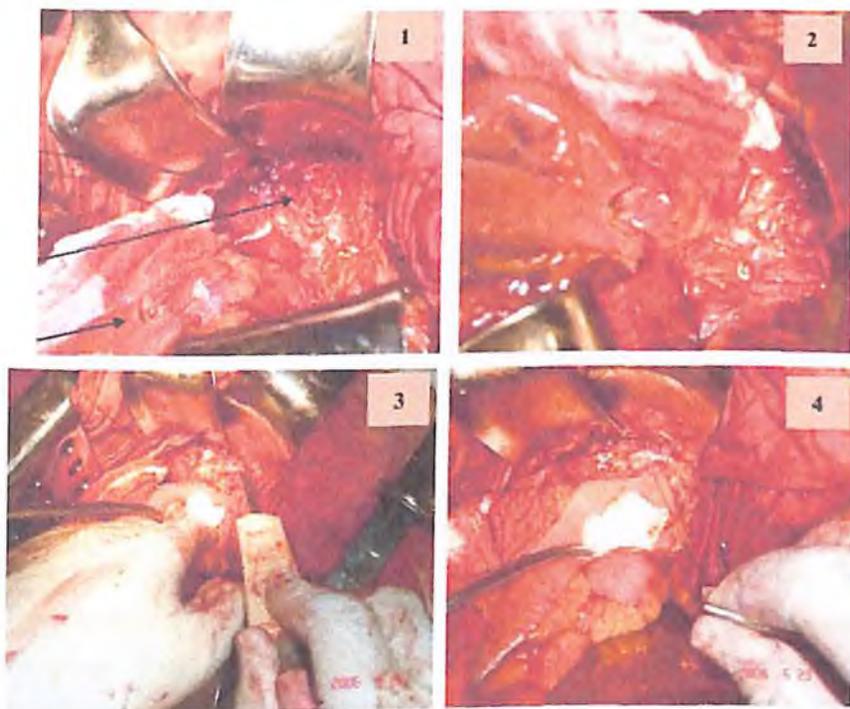


Рис. 4.7 Этапы формирования ГепЕА по Ру на ТПКД:

- 1 – стрелкой указан вскрытый ГХ и «отключенная» петля тонкой кишки;
- 2 – наложение задней стенки ГепЕА;
- 3 – сформированная задняя губа анастомоза,
- 4 – сформированный гепатикоjeюноанастомоз на ТПКД.

Реконструктивная операция выполнена через 3 месяца – ГЕА с ТПКД. Восстановительные операции проведены 3 больным. 1 больному с пересечением ГХ наложен ББА. У 3 больных при краевом повреждении не более чем на $\frac{1}{2}$ диаметра протока произведено ушивание протока в 2 случаях, в одном наблюдении после РПХГ установлен стент в ГХ.

Больная С., 50 л. ИБ № 9654 поступила в 1 клинику СамМИ 21.09.2018 с жалобами на наличие дренажной трубки в правом подреберье, обильное выделение желчи из трубки (до 1000мл), незначительную болезненность в правой подреберной области, светлый стул, общую слабость. Из анамнеза 10 дней назад перенесла ЛХЭ по месту жительства. Общее состояние больной при поступлении средней тяжести, кожные покровы бледные. Аускультативно в легких с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются. В правом подреберье имеется дренажная трубка с обильным выделением желчи. Стул ахолический. Мочиспускание свободное. Общий анализ крови: Нв-78 г/л, эр.- $2,2 \times 10^{12}$ /мкл, ЦП-0,7, тромб-210, л.- $9,1 \times 10^9$ /мкл, ВСК-2'30"-3'50", п.-2%, с.-66%, эоз.-5%, лимф.-22%, мон.-5, СОЭ-22 мм/ч. Биохимическое исследование крови: бил.-23,6 мкмоль/л, АЛТ-0,78 ммоль/л, АСТ-1,09 ммоль/л, тим.п.-4, мочев.-5,36 ммоль/л, ост.азот-16 г/л, креат.-79,2 мкмоль/л, общ.белок-58,5 г/л. Рентгенография грудной клетки: без патологии. УЗИ: повышение эхогенности печени, незначительное скопление жидкости в подпеченочном пространстве, в области скопления жидкости визуализируется дренажная трубка, внутрпеченочные желчные протоки не расширены (рис. 3.16). МРПХГ- полное повреждение гепатикохоледоха в области ворот печени. (рис. 3.17).



Рис. 4.8. Больная С. Эхограмма: скопление жидкости в подпеченочном пространстве, визуализируется дренажная трубка.



Рис 4.9 Больная С. МРПХГ – визуализируются внутрипеченочные желчные протоки. Гепатикохоледох не визуализируется. Повреждение ГХ «0» типа.

С клиническим диагнозом: «Травма ГХ (иссечение) «0» тип. Наружный желчный свищ. 25.09.2018г. Больной под общим эндотрахеальным наркозом произведена операция: «Наложение гепатикоеноанастомоза на «выключенной» петле тонкой кишки по Ру, дренирование подпеченочной и поддиафрагмальной областей». Произведен разрез кожи длиной до 18 см параллельно правой реберной дуге по Федорову. При вскрытии брюшной полости печень обычного размера, в области ворот печени выделены печеночные протоки. Выявлено иссечение магистрального желчного протока на уровне конfluence. Наложен ГЕА одпорядным провизорным швом шитью пролен 4-0 на петле тонкой кишки отключенной по Ру с ТПКД. Площадку для наложения билиодигестивного анастомоза создавали за счет рассечения левого печеночного протока обнажая ее под хилиарной пластинкой (метод Нерр-Сюйнауд). Поддиафрагмальная и подпеченочные области дренированы. Брюшная полость осушена и послойно ушита наглухо, швы на кожу, йод, спирт, асептическая повязка. Течение послеоперационного периода гладкое, заживление раны первичным натяжением. Дренажи удалены на 5-6 сутки. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии с ТПКД.

Таким образом внедрение мининвазивных методов коррекции послеоперационного желченстечения в брюшную полость и желчного перитонита как трансдуоденальные эндоскопические вмешательства, пункции брюшной полости под контролем УЗИ, релапароскопии позволили у больных с «малыми» повреждениями желчных протоков отказаться от релапаротомии у 93,3% больных. Релапаротомия произведено лишь у 1 больной основной группы. Релапароскопическая коррекция периферического желченстечения и желчного перитонита была успешной у 11 пациентов (68,8%).

При желчном перитоните вследствие «больших» ятрогенных повреждений магистральных желчных протоков раннее выполнения реконструктивной операции — высокий прецизионный гепатикоеноанастомоз по Ру доказало свою эффективность и позволило отказаться в 43,8% от наложения транспеченочного каркасного дренажа.

ГЛАВА 5. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ В ГРУППАХ СРАВНЕНИЯ

5.1 Сравнительный анализ результатов лечения больных желчным перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита

У больных группы сравнения с желчным перитонитом как осложнением острого деструктивного холецистита (33 пациента) все оперативные вмешательства (100%) проведены из широкого лапаротомного доступа и при этом в зависимости от объема проведенные операции были разделены на 3 вида: – ХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 19 при местном желчном перитоните или биломе вследствие острого холецистита; – ХЭ, санация и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) выполнено 9 при разлитом желчном перитоните или биломе занимающем 2 и более отделов брюшной полости; – ХЭ, холедохолитотомия и дренирование подпеченочного пространства выполнено 5 больным при сочетании острого деструктивного холецистита и холедохолитиаза осложненном желчным перитонитом занимающим подпеченочную область.

Наиболее грозным осложнением желчного перитонита в исследуемой группе больных был абдоминальный сепсис, что явилось причиной летальных исходов у 2 больных, летальность составило 6,1%.

Различные гнойно-септические осложнения после операций по поводу острого деструктивного холецистита и желчного перитонита наблюдались у 11 больных группы сравнения, что составило 33,3%. При этом у 2 (6,1%) вновь сформировались биломы в подпеченочной области, которые дренированы реканализацией контрапертур. У 2 (6,1%) больных наблюдалось длительное желченстечение от 2 до 4 недель из дренажных трубок установленных в подпеченочном пространстве, 4 (12,1%) пациентам проведены повторные операции релапаротомии с повторными санациями брюшной полости по поводу продолжающегося перитонита, 1–вскрытия и дренирования

подпеченочных и поддиафрагмальных абсцессов. Также, 1 пациентка повторно оперирована по поводу холемического внутрибрюшного кровотечения. У 9 (27,3%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

В основной группе больных (49 пациентов) с желчным перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита согласно принципам FTS использованы мининвазивные вмешательства у 33 пациентов (67,3%).

Им проведены следующие операции с использованием видеоэндоскопической технологии 16 больным (32,6%): – ЛХЭ и дренирование подпеченочного пространства 9 при остром деструктивном холецистите осложненном местным желчным перитонитом; – ЛХЭ и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) 4 при остром деструктивном холецистите осложненном разлитым желчным перитонитом; ЛХЭ и дренирование подпеченочного пространства, ЭПСТ 3 при сочетании острого деструктивного холецистита с холедохолитиазом. У этих больных ЭПСТ проведено 2-этапом.

11 (22,4%) больным использованы лапароскопические технологии – микрохолецистостомия и пункции билум с УЗИ навигацией.

ХЭ из минилапаротомного доступа и холедохолитотомия, дренирование холедоха и подпеченочного пространства выполнено 6 больным (12,2%) при сочетании острого деструктивного холецистита с холедохолитиазом осложненном местным перитонитом.

Вместе с тем при желчно-гнойном разлитом перитоните ХЭ и дренирование брюшной полости из открытого лапаротомного доступа выполнено 16 больным (32,6%). Показаниям к проведению оперативного вмешательства из широкого лапаротомного доступа был разлитой желчно-гнойный перитонит.

Таким образом, согласно принципам мининвазивных вмешательств в основной исследуемой группе прооперированы 33 пациента (67,3%) с острым деструктивным холециститом осложненным различными формами желчного

перитонит, т.е. 2/3 больных. Широкий лапаротомный доступ использован у 1/3 больных основной исследуемой группы.

В основной исследуемой группе послеоперационные осложнения развились у 8 больных, что составило 16,3%. При этом, биломы подпеченочной области сформировались повторно у 2 (4,1%) пациентов, которые успешно санированы пункциями под контролем УЗИ. У 1 пациента наблюдалось холемическое кровотечение из печени с области чрезпеченочной пункции желчного пузыря. Наружное желченстечение наблюдалось также у 1 пациента, при релапароскопии выявлено несостоятельность культи пузырного протока которая повторно клипирована. Дуоденальное кровотечение отмечено у 1 больной после ЭПСТ, кровотечение остановлено консервативными мероприятиями. У 1 больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс санированный повторными 3 пункциями под контролем УЗИ. При продолжающемся перитоните проведена релапаротомия 1 больной, нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 5 больных.

При этом, в основной группе также умерло 2 из оперированных 49 больных, летальность составило 4,1%. Причиной неблагоприятного исхода явились острый панкреатит как осложнение трансдуоденального эндоскопического вмешательства у 1 пациентки и продолжающийся перитонит в 1 наблюдении.

Сравнительный анализ результатов лечения больных с послеоперационным желчным перитонитом как осложнение после холецистэктомии показало, что при желченстечении I степени с развитием местного желчного перитонита с объемом жидкости до 100 мл под печенью в группе сравнения всем 6 больным проведены повторные хирургические вмешательства – 3 больным произведена реканализация контрапертуры с дренированием подпеченочной области, 3 больным выполнено релапаротомия. Прямо противоположные результаты получены в основной группе, где специальные эндоскопические и диапневтические методы позволили избежать повторной хирургической операции – релапаротомии у

всех 7 больных – 3 больным проведены пункция биломы под контролем УЗИ, еще у 3 больных коррекция желчеистечения в брюшную полость и санация подпеченочной области проведены при релапароскопии, в одном наблюдении дислокация дренажа из холедоха и желчеистечение коррегированы при ЭПСТ и назобилиарном дренировании.

Коррекция желчеистечения II степени с развитием желчного перитонита с объемом до 500 мл в группе сравнения (6 больных) в 100% случаев производили посредством повторного хирургического вмешательства – релапаротомии: – у 2 больных санация брюшной полости дополнено перевязкой несостоятельной культы пузырного протока; – 2 больным санация брюшной полости дополнено холедохолитотомией и еще 2 повторным дренированием гепатикохоледоха. Усовершенствование лечебно-диагностической тактики ведения больных в основной группе (9 больных) с использованием эндоскопических трансдуоденальных вмешательств – ЭПСТ и назобилиарное дренирование позволило остановить желчеистечение в брюшную полость у 2 больных. Релапароскопия позволила устранить причину желчеистечения в 6 наблюдениях – проведено повторное клипирование пузырного протока и aberrантного желчного протока в ложе желчного пузыря и лишь 1 больной потребовалась релапаротомия с санацией брюшной полости, холедохолитотомией вследствие резидуального холедохолитиаза.

Таким образом внедрение мининвазивных методов коррекции желчеистечения в брюшную полость как трансдуоденальные эндоскопические вмешательства, пункции брюшной полости под контролем УЗИ, лапароскопия, позволили у больных с «малыми» повреждениями желчных протоков отказаться от повторной лапаротомии у 93,3% больных. Релапаротомия произведено лишь у 1 больной.

При повреждении магистральных желчных протоков желчеистечение III степени приведшей к развитию разлитого желчного перитонита, причиной которых явились повреждения магистральных желчных протоков доказало эффективность высокого ГЕА по Ру с использованием прецизионной техники

при выявлении желчного перитонита в ближайшие 48 час. У всех 3 больных отмечены хорошие результаты в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Выполнение ГЕА на ТПКД (выполнен у 2 больных основной группы и 2 – группы сравнения) безусловно оправдано при наложении биллиодигестивного анастомоза в условиях инфильтративных изменений в стенке протока при желчном перитоните выявленном позже 48 час. после ХЭ. Сменный транспеченочный дренаж, на котором формируется ГЕА, крайне необходим при выше указанных ситуациях. Вместе с тем, у 2 больных основной группы и 6 гр. сравнения при желчном перитоните вследствие повреждения ГХ первым этапом у больных дренирована проксимальная культя общего печеночного протока. Реконструктивные операции им выполнены через 3 месяца. БА (наложено у 5 больных в группе сравнения и 1 в основной группе) и ГДА (у 3 больных в группе сравнения) во всех случаях завершились стриктурами ГХ и БДА. Им выполнены повторные реконструктивные операции. Ушивание дефекта ГХ охватывающего менее ½ диаметра протока, показано только при использовании прецизионной техники.

Гнойно – септические осложнения после повторных вмешательств по поводу желчеоттока и послеоперационного желчного перитонита после ХЭ в группе сравнения наблюдали у 8 больных (36,4%): - продолжающийся желчный перитонит (2 больных); - формирование подпеченочного и поддиафрагмального абсцесса (2 больных); - нагноение послеоперационной раны (4 больных). Из них 1 пациентка (4,5%) умерла. Причиной смерти явилась острая почечно – печеночная недостаточность на фоне абдоминального сепсиса.

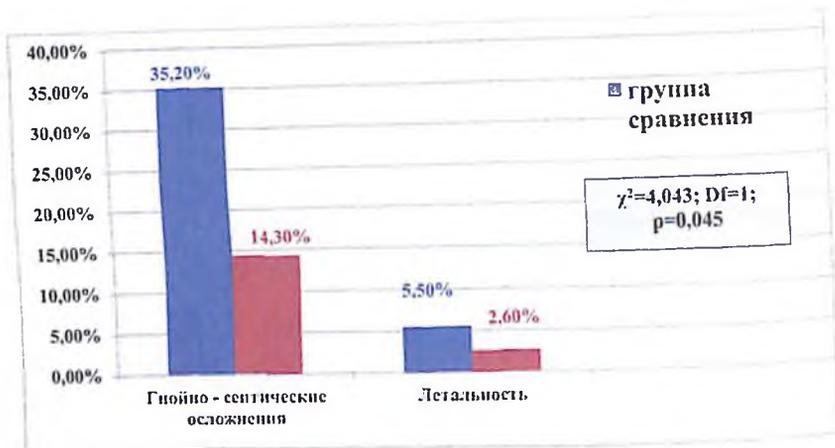


Рис. 5. Результаты хирургического лечения больных с желчным перитонитом в группах сравнения.

В основной группе после хирургической коррекции желчно-стечения и перитонита после ХЭ осложнения наблюдались у 3 больных (11,1%). В 2 наблюдениях имелись гнойно – септические осложнения, в 1 – острый панкреатит после эндоскопической папиллосфинктеротомии. Летальность в основной группе не наблюдалась.

Таким образом, сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с желчным перитонитом показывает эффективность использования мининвазивных диапневтических пункционных методов, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств и лапароскопии.

При этом мининвазивные оперативные вмешательства были успешно проведены у 67,3% больных с желчным перитонитом и билумами как осложнения острого деструктивного холецистита. Вместе с тем у 1/3 больных при разлитом желчно-гнойном перитоните возникла потребность в проведении ХЭ и полноценной санации брюшной полости из широкого лапаротомного доступа.

При развитии послеоперационного желчного перитонита вследствие «малых» повреждений желчных протоков мининвазивные вмешательства выполненные согласно принципам FTS были эффективны в 93,3%

наблюдений.

В группах сравнения все операции по санации брюшной полости проведены из широкого лапаротомного доступа.

В группе сравнения из 54 пациентов с перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита и послеоперационного желчного перитонита в хирургическом лечении которых использованы общепринятые подходы гнойно-септические осложнения наблюдались у 19 больных (35,2%), умерло 3 (5,5%).

В основной исследуемой группе из 77 больных гнойно-септические осложнения наблюдались у 11 (14,3%) больных, умерло 2 (2,6%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Желчный перитонит является тяжелым осложнением острого холецистита, а также следствием желченстечения в брюшную полость после операций на билиарном тракте. Вместе с тем, несмотря на всю серьезность данной проблемы, желчному перитониту уделяется недостаточно внимания, хотя летальность при этом осложнении достигает по данным разных авторов от 6,2 до 24%.

Среди причин, приводящих к развитию желчного перитонита основными являются деструктивные формы воспаления желчного пузыря, а также желченстечение в брюшную полость после операций на желчевыводящих протоках из добавочных желчных ходов, несостоятельной культи пузырного протока после холецистэктомии (ХЭ), дислокации дренажа установленного после холедохотомии, интраоперационного повреждения общего печеночного протока. При этом особенностью желчного перитонита, в отличие от бактериального перитонита, является стертость клинической картины, что нередко приводит к запоздалой диагностике. В зависимости от стерильности желчи чаще всего развивается холеперитонеоз и это довольно часто наблюдается при протекании желчи через стенку желчного пузыря без ее перфорации.

Для лечения желчного перитонита обычно применяется лапаротомия или релапаротомия, которая является сама по себе весьма травматичным вмешательством, при которой послеоперационная летальность достигает 9,1–22,5%. Исход оперативных вмешательств во многом зависит от выбора и последовательности используемых методов хирургической коррекции. Дальнейшие перспективы улучшения результатов хирургического лечения больных желчным перитонитом в настоящее время зависят от применения щадящих миниинвазивных оперативных вмешательств – пункционно дренирующих и эндоскопических, выполнения операций до развития системной воспалительной реакции организма и абдоминального сепсиса.

Таким образом, хирургическое лечение желчного перитонита

представляет собой сложную тактико-техническую задачу, решению которой и посвящено наше исследование.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных желчным перитонитом путем оптимизации диагностики и лечебной тактики с преимущественным дифференцированным применением миниинвазивных методов хирургической коррекции.

В хирургических отделениях 1-ой клиники Самаркандского государственного медицинского института за последние 20 лет в период 2001-2020 г.г. прооперировано 5849 больных с холелитиазом, из них 1167 (19,9%) с острым деструктивным холециститом, т.е. примерно каждый пятый. Нами отмечено значительное увеличение (в 1,9 раза), т.е. почти в 2 раза числа оперированных больных с желчнокаменной болезнью в последнее десятилетие в период 2011-2020 г.г. (число операций составило 3801), нежели в период 2001-2010 г.г. (число операций 2048). При этом частота острого деструктивного холецистита в анализируемые временные промежутки составило из общего числа оперированных больных с холелитиазом 19,2% (394 больных – 2001-2010 г.г.) и 20,3% (773 больных – 2011 -2020 г.г.), т.е. примерно равное. Вместе с тем, значимо уменьшилась частота оперированных больных с перитонитом 8,4% (32) и 6,3% (49), как осложнения острого деструктивного холецистита и послеоперационным желчным перитонитом 1,1% (22 больных) и 0,7% (27 больных) соответственно.

Исходя из цели нашего исследования нами изучены результаты обследования и лечения 131 больных с желчным перитонитом, что составило 2,2% из числа всех 5849 оперированных больных с холелитиазом. Из них 82 (7,1%) с перитонитом, как осложнение острого деструктивного холецистита и 49 (0,8%) с перитонитом, как осложнение после операции по поводу холелитаза.

Среди больных с перитонитом было 39 (29,7%) мужчин и 92 (70,3%) женщин, гендерное соотношение составило 1:2,5. Это же соотношение среди всех оперированных больных с желчнокаменной болезнью составило 1:6, что

подтверждает литературные данные о более сложном течении холелитиаза у лиц мужского пола. Превалировали пациенты в возрасте 60-74 лет – 46 (35,2%) и 45-59 лет – 37 (28,2%). 11 (8,3%) пациентов были в возрасте старше 75 лет, 29 (22,1%) – 30-44 лет и 8 (6,1%) – до 29 лет. Средний возраст больных составил $55,2 \pm 1,3$ лет. Распределение больных по полу и возрастным группам, согласно рекомендациям ВОЗ (2000). Сопутствующие заболевания имелись у 82 (62,6%) больных. Холангит, как осложнение основного патологического процесса, был выявлен у 67 больных (51,1%) больных. Хроническая сопутствующая патология двух систем отмечена у 41% больных, трех и более у 26 %.

С учетом современных тенденций в развитии хирургии, для решения задач исследования направленных на разработку новой лечебно-диагностической тактики при ЖП, больные были распределены на две группы. В I группу (гр. сравнения) вошли 54 (41,2%) пациента с перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита и послеоперационным желчным перитонитом, оперированные в период 2001-2010 гг., в комплексном лечении которых использовались стандартные общепринятые подходы. Во вторую группу (основную гр.) – 77 (58,8%), оперированные в период 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. При клинической реализации ПУВ в основу подхода были положены рекомендации Общества хирургии ускоренного выздоровления – ERApoS (Enhanced Recovery After Surgery).

Первым и наиболее частым клиническим проявлением жёлчного перитонита у обследованных больных были жалобы на боли в животе различной интенсивности. У 41,2% больных они носили умеренно интенсивный характер и имели локальное расположение в зависимости от источника, у 58,8 % – боли носили интенсивный характер, и локализовались в

2-х или более анатомических областях живота. При этом интенсивность болей зависела от локализации источника и времени от начала заболевания. При распространенном перитоните суточной и более давности боли были интенсивные, распространялись на все отделы живота.

При объективном обследовании пациентов определяли болезненность в одной или более областях живота в сочетании с напряжением мышц передней брюшной стенки. Так у 37,2% пациентов была отмечена локальная болезненность в одной из областей при мягком животе и в сочетании с симптомами раздражения брюшины, у остальных пациентов боли носили разлитой характер и локализовались в правых отделах живота. При этом симптомы раздражения брюшины расценивались как сомнительные и признаки напряжения мышц передней брюшной стенки с течением времени не усиливались.

Всем 131 больным выполняли ультразвуковые исследования (УЗИ) органов брюшной полости, по показаниям – фиброгастродуоденоскопию, РПХГ (17), фистулохолангиографию (9), интраоперационную холангиографию (24), МРПХГ (21), компьютерную томографию (19), лапароскопию (49).

Нами представлены результаты обследования и лечения 82 больных с желчным перитонитом, как осложнения острого деструктивного холецистита, оперированные в период 2001-2020 гг.

В I группу (гр. сравнения) вошли 33 пациента с перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита оперированные в период 2001-2010 гг., в комплексном лечении которых использовались стандартные общепринятые подходы. Во вторую группу (основную гр.) – 49, оперированные в период 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 мининвазивные хирургические вмешательства. При клинической реализации ПУВ в основу подхода были

положены рекомендации Общества хирургии ускоренного выздоровления – ERApoS (Enhanced Recovery After Surgery).

По механизму истечения желчи в брюшную полость как осложнения острого деструктивного холецистита мы наблюдали две разновидности форм желчного перитонита: прободной и пропотной. Прободной желчный перитонит встречался у 27 (32,9%) больных (12-гр. сравнения, 15 – осн. гр.), который проявлялся картиной острой катастрофы в брюшной полости на фоне деструкции и перфорации стенки желчного пузыря. Пропотной желчный перитонит развивался на фоне деструктивного холецистита без перфорации стенки желчного пузыря и поскольку происходило постепенное пропотевание желчи в свободную брюшную полость, перитонит протекал с малозаметными симптомами. Только при значительном накоплении желчи в брюшной полости проявлялись характерные для перитонита признаки, что послужило причиной доставки их в хирургический стационар. По нашим наблюдениям пропотной перитонит имел место у 55 (67,1%) пациента (21-гр. сравн., 34-осн.гр.). Таким образом в наших наблюдениях отмечается значительное превалирование (более чем в 2 раза) пропотного желчного перитонита.

Среди 82 больных с деструктивным холециститом, осложненным желчным перитонитом, по характеру патологического процесса пропотной наблюдался у 55 (67,1%) больного, из них разлитой – у 9 (16,4%) и отграниченный – у 46 (83,6%). Прободной желчный перитонит был у 27 (32,9%) больных, из них разлитой – у 10 (37,1%) и отграниченный – у 17 (62,9%).

У пациентом с прободным и пропотным желчным перитонитом при поступлении в стационар острое начало заболевания отмечено у 27 (32,9%) и постепенное нарастание – у 55 (67,1%). Более тяжелая форма – разлитой желчный перитонит наблюдался 23,2% , т.е. у $\frac{1}{4}$ больных.

В первые сутки заболевания поступило 31 (37,8%) больных, во вторые сутки – 22 (26,8%), на третьи – 18 (21,9%), от четырех до семи суток – 6 (7,3%)

и свыше семи суток – 5 (6,1%). Таким образом можно отметить значительный процент поздней госпитализации пациентов, что объясняется поздней обращаемостью их за медицинской помощью в результате неадекватной оценки своего состояния.

При госпитализации относительно удовлетворительное общее состояние отмечено у 17 (20,7%) больных, средней тяжести – у 31 (37,8%), тяжелое – у 24 (29,3%) и крайне тяжелое – у 10 (12,2%) больных.

У всех пациентов наблюдались симптомы системной воспалительной реакции. Исходя из критериев диагностики сепсиса, синдром системной воспалительной реакции (SIRS) наблюдался у 114 (87 %) пациентов, 10 из них находились в септическом состоянии.

Из 82 пациентов, поступивших в стационар с желчным перитонитом, 31 (37,8 %) оперированы в течение первых 6 часов. Эта группа пациентов поступала в относительно стабильном состоянии, когда требовалось проведение диагностических мероприятий и предоперационная подготовка. В течение от 6 до 24 часов, т.е. 1-х суток оперировано 43 (52,4%) пациентов. Позже суток от момента поступления в клинику операция проведена 8 (9,8%) больным.

У больных группы сравнения в зависимости от объема проведенные операции были разделены на 3 вида: – ХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 19; – ХЭ, санация и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) выполнено 9; – ХЭ, холедохолитотомия, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 5 больным. Во всех случаях использовался широкий верхне - срединный доступ.

В основной группе больных проведены следующие виды операций: – ЛХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 9; – ЛХЭ, санация и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) 4; ЛХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства, ЭПСТ – 3; – Микрохолцистостомия и пункции билум под УЗИ наведением 11;

–ХЭ из минилапаротомного доступа и холедохолитотомия, дренирование холедоха и санация и дренирование подпеченочного пространства 6; – ХЭ, санация и дренирование брюшной полости из открытого широкого лапаротомного доступа 16 больным.

В основной исследуемой группе у 11 пациентов с острым деструктивным холециститом и отграниченным скоплением желчи в подпеченочном пространстве с исходно тяжелым общим состоянием произведена декомпрессия желчного пузыря посредством чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии (ЧЧМХС) и пункция биломы под УЗИ наведением. Дренирование желчного пузыря проводили через участок паренхимы печени с целью герметизации канала и профилактики подтекания желчи. Дренирование во всех случаях проводили «зонтичным» стилет – катетером с «корзинкой» на конце, диаметром катетера 4F и 9F. После выполнения микрохолецистостомии этим больным выполняли пункции билом под контролем УЗИ с целью эвакуации отграниченного скопления жидкости в брюшной полости. Содержимое желчного пузыря и билому полностью эвакуировали, полость промывали физиологическим раствором до чистого отделяемого и дренаж удлиняли. Отделяемое по дренажу оценивали визуально и направляли на бактериологическое исследование. Полноту опорожнения полости желчного пузыря контролировали эхографически.

Лапароскопическая холецистэктомия завершена санацией и дренированием подпеченочного пространства 9 больным при остром деструктивном холецистите и местном перитоните. При разлитом желчном перитоните ЛХЭ дополнена санацией брюшной полости с обязательным дополнительным дренированием правого бокового канала и полости малого таза 4 больным. 3 больным при сочетании с холедохолитиазом после ЛХЭ выполнено ЭПСТ, 6 пациентам ХЭ и холедохолитотомия произведены из открытого минидоступа. Вместе с тем, 16 больным при разлитом желчно-гнойном перитоните ХЭ и санация брюшной полости выполнено из широкого лапаротомного доступа.

Таким образом, согласно принципам минимальноинвазивных вмешательств в основной исследуемой группе прооперированы 33 пациента (67,3%) с острым деструктивным холециститом осложненным различными формами желчного перитонита.

Представлены результаты обследования и лечения 49 больных с желчным перитонитом, развившимся вследствие желчеистечения в брюшную полость после операций на желчевыводящих протоках. 2001-2020 гг., т.е. за последние 20 лет прооперированы 5849 больных с холелитиазом и частота данного осложнения составило 0,84%.

Источником послеоперационного желчеистечения в 9 наблюдениях были дополнительные (аберрантные) желчные протоки (ходы Люшка) в ложе желчного пузыря, в 14 наблюдениях – несостоятельность культи пузырного протока вследствие соскальзывания клипс или лигатур, у 5 пациентов ЖИ из дефекта в стенке гепатикохоледоха вследствие самопроизвольного выпадения т.е. дислокации установленного дренажа из гепатикохоледоха, в 21 – ятрогенные повреждения магистральных желчных протоков.

Желчеистечение наблюдалось после ЛХЭ – 2,1% (21), ХЭ из минилапаротомного доступа 1,1% (9), ХЭ из лапаротомного доступа – 2,4% (19 больных).

35 (71,4%) из 49 больных с желчеистечением поступили в стационар и оперированы по ургентным показаниям по поводу острого деструктивного холецистита, 14 (28,6%) - по поводу хронического калькулёзного холецистита. По данным нашего исследования желчеистечение наблюдалось в 3 раза чаще после экстренных операций, нежели после плановых.

С учетом современных тенденций в развитии хирургии, для решения задач исследования направленных на разработку новой лечебно-диагностической тактики при ЖП, больные были распределены на две группы. В I группу (гр. сравнения) вошли 22 пациента (1,1% из 2048 больных) с послеоперационном желчным перитонитом как осложнения операций на желчевыводящих протоках оперированные в период 2001-2010 гг., в

комплексном лечении которых использовались стандартные общепринятые подходы. Во вторую группу (основную гр.) – 27 (0,7% из 3801 больных), оперированные в период 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. При клинической реализации ПУВ в основу подхода были положены рекомендации Общества хирургии ускоренного выздоровления – ERApoS (Enhanced Recovery After Surgery).

При желчеистечении I степени и местном желчном перитоните с объемом до 100 мл по данным УЗИ в гр. сравнения (6 больных) 3 больным произведена реканализация контрапертуры с дренированием подпеченочной области. 3 больным выполнено релапаротомия: источником желчеистечения в 1 наблюдении явилось дислокация дренажа из гепатикохоледоха, который повторно фиксирован. Еще в 2 наблюдениях источником желчеистечения явилась несостоятельность культи пузырного протока, которая повторно лигирована. Подпеченочная область санирована и дренирована.

При желчеистечении II степени и местном желчном перитоните с объемом до 500 мл занимающем подпеченочную область и правый боковой канал по данным УЗИ в группе сравнения (6 больных) вследствие несостоятельности культи пузырного протока 2 больным проведена релапаротомия с повторным лигированием пузырного протока. При этом у 2 больных причиной несостоятельности культи пузырного протока явился холедохолитиаз и билиарная гипертензия, им проведена релапаротомия с холедохолитотомией и дренированием холедоха. 2 больным с самопроизвольным выпадением дренажа из ГХ так же произведена релапаротомия с повторным дренированием общего желчного протока. Операции завершены санацией брюшной полости и дренированием подпеченочного пространства, правого бокового канала и полости малого таза.

Повреждение магистральных желчных протоков явилось причиной желченстечения III степени и разлитого желчного перитонита у 10 больных группы сравнения. Восстановительные операции проведены в 5 случаях, из них при краевом повреждении гепатикохоледоха 2 больным произведено ушивание дефекта на Т - образном дренаже. При полном пересечении гепатикохоледоха билиобилиарный анастамоз наложен 3 больным. 5 больным выполнены реконструктивные операции: 2 наложен гепатикодуоденоанастамоз, 3- первым этапом вследствие перитонита произведено наружное дренирование проксимальной культи общего печеночного протока, затем через 3 месяца наложен гепатикоеюноанастамоз на транспеченочном каркасном дренаже.

В основной исследуемой группе (7 больных) при билеме вследствие желченстечения из aberrантных протоков в ложе желчного пузыря с объемом до 100 мл по данным УЗИ 3 больным потребовались пункции под эхографическим контролем с целью эвакуации скопления жидкости в подпеченочном пространстве.

Еще 2 больным проведена релaparоскопия с клипированием ходов Люшка. У 1 больного причиной желченстечения была несостоятельность культы пузырного протока вследствие смещения клипсы, ему произведено релaparоскопическое повторное его клипирование. Также в одном наблюдении при наружном желченстечении по дренажу и скоплении желчи в подпеченочном пространстве из-за выпадения холедохостомического дренажа выполненное РПХГ с ЭПСТ и назобилиарное дренирование явилось окончательным методом остановки желченстечения.

При желченстечении II степени и местном желчном перитоните с объемом до 500 мл по данным УЗИ в группе сравнения (9 больных) с несостоятельностью культы пузырного протока (7 больных) вследствие холедохолитиаза и билиарной гипертензии выполнено у 2 больных РПХГ с ЭПСТ и назобилиарным дренированием и релaparоскопия с клипированием несостоятельной культы. Еще 5 больным произведена санация брюшной

полости и повторное клипирование пузырного протока как причины послеоперационного желчного перитонита. Релапаротомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха и санация брюшной полости произведено 1 пациентке с разлитым желчным перитонитом. Еще у 1 пациентки причиной ограниченного желчного перитонита явилось желчестечение из абберантного желчного протока ложа пузыря, повторными пункциями билома эвакуирована.

При повреждении магистральных желчных протоков желчестечение III степени и разлитой желчный перитонит в основной группе наблюдалось у 11 больных. Из них 4 поступили из других стационаров с установленным дренажом в проксимальной культе поврежденного печеночного протока. Из них 3 наложен ГЕА по РУ с ТПКД, в 1 наблюдении выполнен высокий прецизионный ГЕА без каркасного дренирования.

В наших наблюдениях у 2 больных с полным пересечением ГХ, выявленным в первые сутки после операции, также наложен высокий ГЕА по Ру без каркаса. 1 больной желчным перитонитом первым этапом произведена санация брюшной полости и дренирование печеночного протока. Реконструктивная операция выполнена через 3 месяца – ГЕА с ТПКД. Восстановительные операции проведены 3 больным. 1 больному с пересечением ГХ наложен БА. У 3 больных при краевом повреждении не более чем на $\frac{1}{2}$ диаметра протока произведено ушивание протока в 2 случаях, в одном наблюдении после РПХГ установлен стент в ГХ.

Таким образом внедрение миниинвазивных методов коррекции послеоперационного желчестечения в брюшную полость и желчного перитонита как трансдуоденальные эндоскопические вмешательства, пункции брюшной полости под контролем УЗИ, релапароскопии позволили у больных с «малыми» повреждениями желчных протоков отказаться от релапаротомии у 93,3% больных. Релапаротомия произведено лишь у 1 больной основной группы. Релапароскопическая коррекция периферического желчестечения и желчного перитонита была успешной у 11 пациентов (68,8%).

При желчном перитоните вследствие «больших» ятрогенных повреждений магистральных желчных протоков раннее выполнения реконструктивной операции – высокий прецизионный гепатикоэноанастомоз по Ру доказало свою эффективность и позволило отказаться в 43,8% от наложения транспеченочного каркасного дренажа.

У больных группы сравнения с желчным перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита (33 пациента) все оперативные вмешательства (100%) проведены из широкого лапаротомного доступа и при этом в зависимости от объема проведенные операции были разделены на 3 вида: – ХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 19 при местном желчном перитоните или биломе вследствие острого холецистита; – ХЭ, санация и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) выполнено 9 при разлитом желчном перитоните или биломе занимающем 2 и более отделов брюшной полости; – ХЭ, холедохолитотомия и дренирование подпеченочного пространства выполнено 5 больным при сочетании острого деструктивного холецистита и холедохолитиаза осложненном желчным перитонитом занимающим подпеченочную область.

Наиболее грозным осложнением желчного перитонита в исследуемой группе больных был абдоминальный сепсис, что явилось причиной летальных исходов у 2 больных, летальность составило 6,1%.

Различные гнойно–септические осложнения после операций по поводу острого деструктивного холецистита и желчного перитонита наблюдались у 11 больных группы сравнения, что составило 33,3%. При этом у 2 (6,1%) вновь сформировались биломы в подпеченочной области, которые дренированы реканализацией контрапертур. У 2 (6,1%) больных наблюдалось длительное желчестечение от 2 до 4 недель из дренажных трубок установленных в подпеченочном пространстве, 4 (12,1%) пациентам проведены повторные операции релапаротомии с повторными санациями брюшной полости по поводу продолжающегося перитонита, 1–вскрытия и дренирования

подпеченочных и поддиафрагмальных абсцессов. Также, 1 пациентка повторно оперирована по поводу холемического внутрибрюшного кровотечения. У 9 (27,3%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

В основной группе больных (49 пациентов) с желчным перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита согласно принципам FTS использованы мининвазивные вмешательства у 33 пациентов (67,3%).

Им проведены следующие операции с использованием видеоэндоскопической технологии 16 больным (32,6%): – ЛХЭ и дренирование подпеченочного пространства 9 при остром деструктивном холецистите осложненном местным желчным перитонитом; – ЛХЭ и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) 4 при остром деструктивном холецистите осложненном разлитым желчным перитонитом; ЛХЭ и дренирование подпеченочного пространства, ЭПСТ 3 при сочетании острого деструктивного холецистита с холедохолитиазом. У этих больных ЭПСТ проведено 2-этапом.

11 (22,4%) больным использованы лапароскопические технологии – микрохолецистостомия и пункции биллом с УЗИ навигацией.

ХЭ из минилапаротомного доступа и холедохолитотомия, дренирование холедоха и подпеченочного пространства выполнено 6 больным (12,2%) при сочетании острого деструктивного холецистита с холедохолитиазом осложненном местным перитонитом.

Вместе с тем при желчно-гнойном разлитом перитоните ХЭ и дренирование брюшной полости из открытого лапаротомного доступа выполнено 16 больным (32,6%). Показаниям к проведению оперативного вмешательства из широкого лапаротомного доступа был разлитой желчно-гнойный перитонит.

Таким образом, согласно принципам мининвазивных вмешательств в основной исследуемой группе прооперированы 33 пациента (67,3%) с острым деструктивным холециститом осложненным различными формами желчного

перитонит, т.е. 2/3 больных. Широкий лапаротомный доступ использован у 1/3 больных основной исследуемой группы.

В основной исследуемой группе послеоперационные осложнения развились у 8 больных, что составило 16,3%. При этом, биломы подпеченочной области сформировались повторно у 2 (4,1%) пациентов, которые успешно санированы пункциями под контролем УЗИ. У 1 пациента наблюдалось холемическое кровотечение из печени с области чрезпеченочной пункции желчного пузыря. Наружное желченстечение наблюдалось также у 1 пациента, при релапароскопии выявлено несостоятельность культи пузырного протока которая повторно клиширована. Дуоденальное кровотечение отмечено у 1 больной после ЭПСТ, кровотечение остановлено консервативными мероприятиями. У 1 больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс санированный повторными 3 пункциями под контролем УЗИ. При продолжающемся перитоните проведена релапаротомия 1 больной, нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 5 больных.

При этом, в основной группе также умерло 2 из оперированных 49 больных, летальность составило 4,1%. Причиной неблагоприятного исхода явились острый панкреатит как осложнение трансдуоденального эндоскопического вмешательства у 1 пациентки и продолжающийся перитонит в 1 наблюдении.

Сравнительный анализ результатов лечения больных с послеоперационным желчным перитонитом как осложнение после холецистэктомии показало, что при желченстечении I степени с развитием местного желчного перитонита с объемом жидкости до 100 мл под печенью в группе сравнения всем 6 больным проведены повторные хирургические вмешательства – 3 больным произведена реканализация контрапертуры с дренированием подпеченочной области, 3 больным выполнено релапаротомия. Прямо противоположные результаты получены в основной группе, где специальные эндоскопические и диаплевтические методы позволили избежать повторной хирургической операции – релапаротомии у

всех 7 больных – 3 больным проведены пункция биломы под контролем УЗИ, еще у 3 больных коррекция желчеоттока в брюшную полость и санация подпеченочной области проведены при релапароскопии, в одном наблюдении дислокация дренажа из холедоха и желчеотток коррегированы при ЭПСТ и назобилиарном дренировании.

Коррекция желчеоттока II степени с развитием желчного перитонита с объемом до 500 мл в группе сравнения (6 больных) в 100% случаев производили посредством повторного хирургического вмешательства – релапаротомии: – у 2 больных санация брюшной полости дополнено перевязкой несостоятельной культи пузырного протока; – 2 больным санация брюшной полости дополнено холедохолитотомией и еще 2 повторным дренированием гепатикохоледоха. Усовершенствование лечебно-диагностической тактики ведения больных в основной группе (9 больных) с использованием эндоскопических трансдуоденальных вмешательств – ЭПСТ и назобилиарное дренирование позволило остановить желчеотток в брюшную полость у 2 больных. Релапароскопия позволила устранить причину желчеоттока в 6 наблюдениях – проведено повторное клипирование пузырного протока и aberrантного желчного протока в ложе желчного пузыря и лишь 1 больной потребовалась релапаротомия с санацией брюшной полости, холедохолитотомией вследствие резидуального холедохолитиаза.

Таким образом внедрение мининвазивных методов коррекции желчеоттока в брюшную полость как трансдуоденальные эндоскопические вмешательства, пункции брюшной полости под контролем УЗИ, лапароскопия, позволили у больных с «малыми» повреждениями желчных протоков отказаться от повторной лапаротомии у 93,3% больных. Релапаротомия произведено лишь у 1 больной.

При повреждении магистральных желчных протоков желчеотток III степени приведшей к развитию разлитого желчного перитонита, причиной которых явились повреждения магистральных желчных протоков доказало эффективность высокого ГЕА по Ру с использованием прецизионной техники

при выявлении желчного перитонита в ближайшие 48 час. У всех 3 больных отмечены хорошие результаты в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Выполнение ГЕА на ТПКД (выполнен у 2 больных основной группы и 2 – группы сравнения) безусловно оправдано при наложении билиодигестивного анастомоза в условиях инфилтративных изменений в стенке протока при желчном перитоните выявленном позже 48 час. после ХЭ. Сменный транспеченочный дренаж, на котором формируется ГЕА, крайне необходим при выше указанных ситуациях. Вместе с тем, у 2 больных основной группы и 6 гр. сравнения при желчном перитоните вследствие повреждения ГХ первом этпом у больных дренировано проксимальная культя общего печеночного протока. Реконструктивные операции им выполнены через 3 месяца. БАА (наложено у 5 больных в группе сравнения и 1 в основной группе) и ГДА (у 3 больных в группе сравнения) во всех случаях завершились стриктурами ГХ и БДА. Им выполнены повторные реконструктивные операции. Ушивание дефекта ГХ охватывающего менее ½ диаметра протока, показано только при использовании прецизионной техники.

Гнойно – септические осложнения после повторных вмешательств по поводу желчеотечения и послеоперационного желчного перитонита после ХЭ в группе сравнения наблюдали у 8 больных (36,4%): - продолжающийся желчный перитонит (2 больных); - формирование подпеченочного и поддиафрагмального абсцесса (2 больных); - нагноение послеоперационной раны (4 больных). Из них 1 пациентка (4,5%) умерла. Причиной смерти явилась острая почечно – печеночная недостаточность на фоне абдоминального сепсиса.

В основной группе после хирургической коррекции желчеотечения и перитонита после ХЭ осложнения наблюдались у 3 больных (11,1%). В 2 наблюдениях имелись гнойно – септические осложнения, в 1 – острый панкреатит после эндоскопической панилосфинктеротомии. Летальность в основной группе не наблюдалась.

Таким образом, сравнительный анализ результатов хирургического

лечения больных с желчным перитонитом показывает эффективность использования мининвазивных диапневтических пункционных методов, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств и лапароскопии.

При этом мининвазивные оперативные вмешательства были успешно проведены у 67,3% больных с желчным перитонитом и билотомиами как осложнения острого деструктивного холецистита. Вместе с тем у 1/3 больных при разлитом желчно-гнойном перитоните возникла потребность в проведении ХЭ и полноценной санации брюшной полости из широкого лапаротомного доступа.

При развитии послеоперационного желчного перитонита вследствие «малых» повреждений желчных протоков мининвазивные вмешательства выполненные согласно принципам FTS были эффективны в 93,3% наблюдений.

В группах сравнения все операции по санации брюшной полости проведены из широкого лапаротомного доступа.

В группе сравнения из 54 пациентов с перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита и послеоперационного желчного перитонита в хирургическом лечении которых использованы общепринятые подходы гнойно-септические осложнения наблюдались у 19 больных (35,2%), умерло 3 (5,5%).

В основной исследуемой группе из 77 больных гнойно-септические осложнения наблюдались у 11 (14,3%) больных, умерло 2 (2,6%).

ВЫВОДЫ

1. Желчный перитонит, как осложнения острого деструктивного холецистита наблюдался у 7,1% больных. Отмечено превалирование пропотной формы перитонита, наблюдавшийся в 67,1%, желчный перитонит вследствие перфорации стенки желчного пузыря наблюдался у 32,9% больных. Частота послеоперационного желчного перитонита составило 0,8% и в 57,2% случаев причиной явились «малые» повреждения (несостоятельность культи пузырного протока, поврежденные ходы Люшка, дислокация дренажа из гепатикохоледоха), а в 42,8% интраоперационные повреждения магистрального желчного протока.

2. Приоритетное использование мининвазивных хирургических вмешательств (диапневтические и лапароскопические методы) в лечении местного желчного перитонита, как осложнения острого холецистита успешно осуществлено у 67,3% больных основной группы. Выполнение ХЭ и санации брюшной полости из широкого лапаротомного доступа была необходимой в 32,7% случаев при разлитом желчно-гнойном перитоните.

3. Применение пункционных методов под УЗИ наведением, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств и лапароскопии позволило избежать релапаротомии у 93,3% больных основной группы послеоперационным желчным перитонитом вследствие «малых» повреждений желчных протоков. При выявлении повреждений магистрального желчного протока в первые 48 час. лучшие результаты получены при наложении высокого прецизионного ГЕА по Ру.

4. Оптимизация тактики хирургического лечения больных желчным перитонитом и послеоперационным желчным перитонитом, основанной на принципах дифференцированного приоритетного использования мининвазивных хирургических вмешательств позволило улучшить результаты лечения основной группы больных, где гнойно-септические осложнения составили 14,3%, летальность 2,6%, тогда как в группе сравнения – 35,2% и 5,5% соответственно

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При местном желчном перитоните, как осложнение острого деструктивного холецистита, у больных пожилого и старческого возраста с тяжелым коморбидным состоянием показаны диапневтические методы лечения – пункции желчного пузыря и скопления желчи под УЗИ наведением. Выполнение радикальной операции показано после купирования синдрома системной воспалительной реакции.

2. При желчном перитоните (в первые 48 час.) как осложнение острого деструктивного холецистита или следствия «малых» повреждений желчных протоков, показано лапароскопическая коррекция источника перитонита с санацией брюшной полости.

3. При желчно-гнойном разлитом перитоните с массивными фиксированными на брюшине фибринозными наложениями требуется коррекция источника перитонита из широкого лапаротомного доступа. Необходимость выполнения реконструктивно-восстановительных операций на поврежденном магистральном желчном протоке также требует выполнения лапаротомии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агеевец В.А. Чувствительность грамотрицательных бактерий, продуцентов карбапенемаз, к антибиотикам различных групп / В.А. Агеевец, И.В. Партина, Е.С. Лисенцина, И. М. Батыршин, Л.Н. Попенко, С.А. Шляпников, Е.Н. Ильина, С.В. Сидоренко // Антибиотики и химиотерапия. - 2013. - Т. 58. №3-4. - С. 10-13.
2. Акимов В. П. и др. Послеоперационный желчный перитонит: профилактика и хирургическая тактика //Перитонит от А до Я (Всероссийская школа). – 2016. – С. 66-67.
3. Алиев А.К. Диагностика и лечение ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2016, с. 21.
4. Алиев Ю.Г. Мининвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложненной желчнокаменной болезни / Ю. Г. Алиев // Хирургия. Журнал им. И.И. Пирогова. – 2013. – N 5. – С. 73 -75.
5. Алтыев Б.К., Рахимов О.У, Асамов Х.Х. Диагностика и лечение внутрибрюшных осложнений в хирургии желчных путей. // Вестник экстренной медицины. 2012, №4. Стр. 73-78.
6. Ашрафов Р.А. Давыдов М.И. Послеоперационный перитонит: диагностика и хирургическое лечение / Ашрафов Р.А. Давыдов М.И. //Вестник хирургии, 2000. Том 159, №5. - с.114-118.
7. Бабаев Ф.А. Климов Е.А. Малюга В.Ю. Роль лапароскопии в диагностике в ранних послеоперационных осложнений после вмешательств на органах билиопанкреатодуоденальной зоны /Бабаев Ф.А. Климов Е.А. Малюга В.Ю // Эндоскопическая хирургия, 2006, N2, с.10.
8. Багненко С.Ф. Шляпников С.А. Корольков Ю.А. Холангит и билиарный сепсис: проблема и пути решения. /Багненко С.Ф. Шляпников С.А. Корольков Ю.А // Вестник хирургии, 2009, N3, с. 17-20.
9. Баулина Е.А., Николашин В.А., Баулин А.А. и др. Повреждение внепеченочных желчных путей. Эндоскопическая хирургия. 2013. №2. С. 21-

23.

10. Борисов А.Е. Пути оптимизации стандартов лечения острого холецистита / А.Е. Борисов, В.А. Кашенко, К.Г. Кубачев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – N 6. – С. 80-85.

11. Вакуум-ассистированная лапаростома в комплексном лечении большого с перитонитом и внутренним желчным свищом / В. Н. Оболенский, А. А. Ермолов, К. С. Оганесян, Л. С. Аронов // Хирургия. – 2013. – N 12. – С. 91-94.

12. Вахрушев Я.М. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Я.М. Вахрушев, М.А. Хохлачева // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – N 3(29). – С. 30-35.

13. Виды осложнений при пункционно - дренирующих мининвазивных вмешательствах / И. В. Суздальцев, А. Г. Бондаренко, О. И. Архипов, В. Н. Демьянова, Х. М. Байчоров // Материалы науч.-практ. конф. врачей России с международным участием, посвящен. 75-летию Тверская областная клиническая больницы. – Тверь, 2012. – С. 42-43.

14. Воронков Д. Е. Санация брюшной полости в лечении распространенного гнойного перитонита / Д. Е. Воронков, А. В. Костырной, П. В. Поленок // Госпитальная хирургия (Тернополь). – 2012. – 4(60) – С. 114–116.

15. Вrabие Е. Е., Ашевский В. В. Лечение желчных перитонитов //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2017. – Т. 7. – №. 5. – С. 767-767.

16. Выбор режима этапного хирургического лечения распространенного перитонита /В.С. Савельев и др. | Анналы хирургии -2009- №4-с.5-10.

17. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. М.: Видар-М. 2006; 362 с.

18. Гальперин Э.И., Дюжева Т. Г., Ахаладзе Г. Г. и др. Лекции по

гепатопанкреатобилиарной хирургии / Видар. 2011; 528 с.

19. Гальперин Э.И., Чевочкин А.Ю. «Свежие» повреждения желчных протоков. Хирургия. 2010; 10: 5-10.

20. Гумерова Г. Н. и др. Билиарный перитонит-как осложнение хронического калькулезного холецистита //Столица Науки. – 2020. – №. 5. – С. 25-31.

21. Дубровин Н.А. Лифтинговая лапароскопия брюшной полости у больных пожилого и старческого возраста при подозрении на послеоперационный перитонит. Материалы IX Международной (XVIII Всероссийской) Пироговской научной медицинской конф. студентов и молодых ученых. Москва. – 2014. – С.283.

22. Дюжева Т.Г., Савицкая Е.Е., Котовский А.Е. Биодegradируемые материалы и методы тканевой инженерии в хирургии желчных протоков.// *Анналы хирург, гепатологии.* 2012; 17(1): 94-100.

23. Ермолов А.С., Воленко А.В., Зубрицкий В.Ф., Земляной А.Б., Айрапетян А.Т., Покровский К.А. Радикальное устранение источника перитонита-кардинальная проблема хирургического лечения панкреатита *Анналы хирургии*, 2016, 21 (3) С. 211-214

24. Знамеровский С. Г. и др. Исследование эффективности нового способа комплексного лечения экспериментального желчного перитонита //Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2017. – Т. 17. – №. 4-2 (60). – С. 44-49.

25. Зубрицкий В. Ф. и др. Послеоперационный желчный перитонит: диагностика и хирургическое лечение //Медицинский вестник МВД. – 2017. – №. 3. – С. 4-11.

26. Зубрицкий В.Ф., Покровский К.А., Забелин М.В., Голубев И.В., Розберг Е.П. Дренирование брюшной полости после абдоминальных операций. Рациональный взгляд на проблему. *Анналы хирургии.* 2012.- №1, – С.67-71.

27. Иванов С.В., Голиков А.В., Занкина И.Д. Хирургическая тактика и лечение ятрогенных повреждений и стриктур внепеченочных желчных протоков. *Анналы хирург. гепатологии*. 2008; 3: 120-123.
28. Ильюшонок, В. В. Малоинвазивные вмешательства под УЗ - контролем в лечении абсцессов брюшной полости и печени / В. В. Ильюшонок, А. Ч. Шулейко, С. В. Шкурин // *Хирургия. Восточная Европа*. – 2012. – № 3. – С. 58-59.
29. Катанов Е.С., Аниоров С.А., Москвичев Е.В., Краснова А.В. Билиарные осложнения после холецистэктомии. // *Acta medica Eurasica*. 2016. №1. Стр. 14-22.
30. Климович И.Н., Дубровин И.А., Маскин С.С. и др. Возможности изопневматической лифтинговой релaparоскопии «по требованию» у больных послеоперационным перитонитом. // *Эндоскопическая хирургия*. 2014. - № 5, С.45-48.
31. Климович И.Н., Маскин С.С., Дубровин И.А. и др. Релaparоскопия «по требованию» у больных пожилого и старческого возраста при послеоперационном перитоните. *Вестник «ВолгГМУ»* - №4. - 2013. – С.72-76.
32. Королев М.П., Федотов Л.Е., Аванесян Р.Г. и др. Возможности комбинированных методов малоинвазивного вмешательства при лечении повреждений и стриктур желчных протоков. // *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова*. 2012; 171(4): 20-27.
33. Косаева С.Б. Современный взгляд на диагностику и лечение острого холецистита у лиц старше 60 лет. Обзор литературы / С.Б. Косаева. М.Ж. Аймагамбетов // *Наука и Здравоохранение*. – 2018. – N 2(20). – С. 148-167.
34. Кравец, К. В., Бородаев, И. Е., Муравьев, П. Т., & Запороженко, Б. С. (2020). Современное лечение пациентов с перфорацией стенки желчного пузыря и перитонита.
35. Красильников Д.М. Осложнения при лапароскопической холецистэктомии / Д.М. Красильников, Д.М. Миргасимова, А.В. Абдульянов,

Р.Р. Шигабутдинов, А.В. Захарова // Практическая медицина. – 2016. – № 4 (96). – С. 110-113.

36. Кубачев К. Г., Фокни А. М. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2017. – Т. 22. – №. 3.

37. Кузнецов Н.А., Соколов А.А., Бронтвейн А.Т., Артемкин Э.Н. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холецистэктомии. // Хирургия. 2011, №3. Стр. 3-7.

38. Куликовский В.Ф., Ярон А.Л., Карпачев А.А., Солошенко А.В., Николаев С.Б., Битенская Е.П., Линьков Н.А., Гнашко А.В. Желченстечение после холецистэктомии. Опыт применения малоинвазивных методов лечения. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018;(4): 36-40.

39. Курбанов Д.М., Расулов Н.И., Ашуров А.С. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. // Новости хирургии. 2014. Том 22, №3. Стр. 366-373.

40. Курбонов К. М., Махмадов Ф. И., Даминова Н. М. Улучшение непосредственных результатов билиарного сепсиса при послеоперационном желчном перитоните // успешные чтения. – 2015. – С. 115-115.

41. Луцевич О.Э. Галимов Э.А. Сильков А.А. Эндоскопическое лечение перитонита.- Тезисы докладов 1-го конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь».-Москва.-2005.- с. 148-149.

42. Майстренко Н.А., Ромашенко П.Н., Прядко А.С. и др. Обоснование хирургической тактики при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков. Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 2015; 174(5): 22-31.

43. Мизуров Н.А., Дербенев А.Г., Ворончихин В.В. Ошибки и осложнения при операциях на желчевыводящих путях. Здоровоохранение Чувашии. 2010; 1: 45-48.

44. Михеев Ю.А., Живница, С.Г., Яренко Н.А., Перегуда Н.С.

Клинико-сонографические «маски» биломы (собственные клинические наблюдения). Український Журнал Хірургії. 2011, № 5(14). Стр. 212-215.

45. Мороз В.В. Григорьев Е.В. Чурляев Ю.А. Абдоминальный сепсис.-Москва.-2006.-192 с.

46. Морфологические изменения в печени у больных с острой хирургической патологией на фоне синдрома энтеральной недостаточности [Текст] / А.В. Федосеев [и др.] // Материалы межрегион. ежегодной науч. конф. с Междунар. участием РязГМУ им. акад. И.П. Павлова / под общ. ред. д.м.н., проф. В.А. Кирюшина. – Рязань: РИО РязГМУ, 2014. – С.104-105. – (Совавт.: С.Ю. Муравьев, А.К. Амаханов, А. Е. Аллиази).

47. Муминов С. и др. Усовершенствование классификации желчного перитонита //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2015. – №. 2. – С. 33-37.

48. Муминов С., Курбонов К. М. Патогенез и лечения желчного перитонита //Здравоохранение Таджикистана. – 2015. – №. 4. – С. 36-41.

49. Мумладзе Р.Б. Актуальные вопросы диагностики и лечения послеоперационного перитонита и их решение в условиях современной клиники. //Анналы хирургии, 2008.- №5.- С. 46-52.

50. Назиров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р. Asociados a las complicaciones y a la falla terapéutica en las reconstrucciones de lesiones de vía biliar secundarias a colecistectomía. Cir Cir 2018;86(6):491-498.

51. Назиров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р. Повреждение aberrantных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. // Вестник экстренной медицины. 2019, № XII(5). Стр.11-15.

52. Назиров, Ф.Г., Туракулов, У.Н., Акбаров, М. М., Саатов, Р.Р. Использование малоинвазивных методов коррекции ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков и наружных желчных свищей //Эндоскопическая хирургия. – 2018. – Т. 24. – №. 5. – С. 7-9.

53. Ничитайло М.Е., Скумб А.В., Шкарбан В.П. и др.

Комбинированные повреждения желчных протоков и ветвей печеночной артерии при холецистэктомии. Вестн. хирург. им. И.И. Грекова. 2012; 171(5): 41-45.

54. Оморов Р.А., Мусаев У.С., Конурбаева Ж.Т., Жумадылов К.С. Желчеотечение как внутрибрюшное осложнение после холецистэктомии. // Наука и новые технологии. 2010. №5. Стр. 121-122.

55. Осмогеску К. И., Шилов А. Б., Сорогин А. Б. Желчный перитонит после резекции печени //перитонит от а до я (всероссийская школа). – 2016. – С. 344-346.

56. Ошибки выбора тактики хирургического лечения распространенного перитонита // В.С. Савельев и др. //Анналы хирургии .- 2008.- №1. С. 26-32.

57. Петросян Э. А. и др. Дирефункции эндотелия как фактор развития ишемических нарушений при желчном перитоните //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2016. – №. 6 (130). – С. 75-79.

58. Петросян Э. А., Алуханян О. А., Рыкунова В. Е. Желчный перитонит, как проблема современной гастроэнтерологии //Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2015. – №. 3-4. – С. 40-45

59. Поленок П. В. Способы временного закрытия брюшной полости / П. В. Поленок // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – No1 (156). – С. 112–116.

60. Поленок П. В. Тактика этапного хирургического лечения пациентов с экстренным абдоминальным заболеванием / П. В. Поленок // Казанский медицинский журнал. – 2015. – Т.96, No1. – С. 22–27.

61. Прудков М.И., О.Г. Орлов, А.В. Кобернюк. Мат. пленума правл. Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. 2016; 88-89.

62. Реллапароскопия в хирургической клинике /О.Э. Луцевич и др. // Эндоскоп. Хирургия. 2006. N2. - с. 77-78.

63. Рыбачков В.В., Раздвогин В.А., Герасимовский Н.В. и др. К

вопросу лечения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей. Вестн. экспериментальной и клинич. хирург. 2012; 5(4): 34-37.

64. Рыкунова, В.Е. Модулирование микросомально монооксигеназной системы печени при экспериментальном желчном перитоните, осложненного абдоминальным сепсисом / В.Е. Рыкунова, Э.А. Петросян // Вестник интенсивной терапии. – 2014. – № 5. – С. 100–102.

65. Савельев В.С. Критерии выбора эффективной тактики хирургического лечения распространенного перитонита / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов, П.В. Подачин, Н.А. Сергеева // Анналы хирургии, №2, 2013. – с.48-54.

66. Соболев В.Е. Дуданов И.П. Диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений./ Соболев В.Е. Дуданов И.П. // Хирургия, 2007, №3, с. 22-25.

67. Современные лапароскопические технологии в лечении распространенного перитонита /С.Г. Шаловальянц и др. // Первый конгресс московских хирургов "Неотложная и специализированная хирургическая помощь" // Тезисы докладов. М., 2005. - с. 161-162.

68. Современные представления о классификации перитонита и системах оценки тяжести состояния больного /В.Д. Федеров и др. // Хирургия, 2000, N4, с. 58-62.

69. Стяжкина С. Н., Тимиргазина Д. М., Ямгутдинов И. Р. Клинический случай пациента с осложнением в виде отграниченного желчно-фибринозного перитонита //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 6 (18). – С. 157-160.

70. Стяжкина С.Н. Коморбидная патология при желчнокаменной болезни / С.Н. Стяжкина, А.А. Плотникова, В.Д. Плогников // Научный альманах. – 2017. – N 3-3(29). С. 364 – 366.

71. Ташкинов Н.В., Бояринцев Н.И., Куликова Н.А., Ташкинов А.Н. Эндоскопические вмешательства при желченстечении после холецистэктомии у больных с острым холециститом. // Вопросы общей хирургии. 2013. Стр. 64-

67.

72. Терещенко О. А. и др. Состояние эндотелия сосудов при экспериментальном желчном перитоните, осложненном абдоминальным сепсисом // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2017. – Т. 61. – №. 1. – С. 78-81.

73. Тимербулатов М.В., Хафизов Т.Н., Сендерович Е.И. Хирургическая коррекция ранних послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии. Эндоскопическая хирургия 2010; 1: 25-27.

74. Тищенко А.М., Бойко В.В., Смачило Р.М., Мушенко Е.В. Осложнения лапароскопической холецистэктомии и их хирургическая коррекция. // Хирургия Украины. 2014, №3. Стр. 44-49.

75. Унгурян В.М., Гринёв М.В., Демко А.Е. и др. Ятрогении манипуляционного характера в абдоминальной хирургии. Вести. хирургии им. Н.И. Грекова. 2013; 172(5): 46-50.

76. Федоров А.В. Сажин А.В. Лапаро и релапароскопия в диагностике и лечении послеоперационных осложнений. /Федоров А.В. Сажин А.В. // Хирургия, 2003. - №3. - с. 73-75.

77. Хаджибаев А.М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста // Шошолннч тиббиёт ахборотномаси – 2010. №4. С. 94-99.

78. Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Алтнев Б.К., Пулатов М.М. Современные способы лечения ранних внутрибрюшных осложнений после холецистэктомий. // Вестник экстренной медицины. 2019, № XII (5). Стр. 5-10.

79. Хаджибаев Ф.А., Пулатов М.М. Ранние внутрибрюшные осложнения после операций на желчных путях. // Вестник экстренной медицины. 2019, № XII (4). Стр. 78-84.

80. Хворостов Е.Д., Бычков С.А., Гринёв Р.Н. Эволюция хирургической тактики в коррекции желченстечений после лапароскопической холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий. // Kharkiv

medical school. 2014, №1(64). Стр. 112-114.

81. Шляпников С.А. Пути оптимизации антибактериальной терапии у больных с вторичным и третичным перитонитом / С.А. Шляпников, Н.Р. Насер, И.М. Батыршин // Инфекции в хирургии. - 2012. - Т. 10, No 1. - С.16 - 21.

82. Шугаев А. И. и др. Применение эндовидеохирургических методик в лечении распространенного желчного перитонита //Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения заболеваний у ветеранов Великой Отечественной войны в многопрофильном стационаре. – 2015. – С. 391-393

83. Шугаев, А.И. Возможности эндовидеохирургических вмешательств в лечении перитонита / А.И. Шугаев, А.Л. Луговой, Ю.В. Гребцов, Е.А. Ярцева // Новые технологии в хирургии: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 65-летию со дня рождения проф. А.Е. Борисова. – СПб.: ЭФА медика, 2013. – С. 114 – 115.

84. Ярцева, Е.А. Возможности эндовидеохирургических вмешательств в лечении перитонита (обзор литературы) / Е.А. Ярцева, А.И. Шугаев, А.Л. Луговой, В.П. Земляной, Ю.В. Гребцов // Вестник Санкт-Петербургского университета, 2014. – Сер. 11. Медицина – Вып. 2. – С. 93 – 102

85. Abbasoglu O, Tekant Y, Alper A, et al. Prevention and acute management of biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy: Expert consensus statement. Turkish Journal of Surgery. 2016;32(4):300-305.

86. Abdel-Raouf A, Hamdy E, El-Hanafy E. et al. Endoscopic management of postoperative bile duct injuries: a single center experience. Saudi J. Gastr. 2010; 16: 19-24.

87. Barrett M, Asbun HJ, Chien HL, Brunt LM, Telem DA. Bile duct injury and morbidity following cholecystectomy: a need for improvement. Surg Endosc. 2018; 32(4):1683-88.

88. Bektas H, Kleine M, Tamac A. et al. Clinical application of the Hanover classification for iatrogenic bile duct lesions. HPB Surg. 2011; 1–10.

89. Bobkiewicz A, Krokowicz Ł, Banasiewicz T, et al. Iatrogenic bile duct injury. A significant surgical problem. Assessment of treatment outcomes in the department's own material. *Pol Przegl Chir.* 2019; 86(12): 576-83.
90. 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. – T. 2020.
91. Dash B. R. et al. Diagnosis of Gall Bladder Mucocele, Calculi and Bile Peritonitis in a Dog // *INTAS POLIVET.* – 2020. – T. 21. – №. 1. – C. 208-211.
92. Dominguez-Rosado I, et al. Quality of life in bile duct injury: 1-, 5-, and 10-year outcomes after surgical repair. *J. Gastrointest. Surg.* 2014; 18: 2089-2094.
93. Donatelli G, Vergeau B, Derhy S, et al. Combined endoscopic and radiologic approach for complex bile duct injuries. *Gastrointestinal endoscopy.* 2014; 79(5): 855-864.
94. Donatelli G. Intraoperative endoscopist-controlled guide wire cannulation technique sphincterotomy during laparoscopic cholecystectomy. *J. Laparoendosc. Adv. Surg.* 2012; 22: 778-784.
95. Eikermann M, et al. Prevention and treatment of bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: the clinical practice guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg. Endosc.* 2012; 26: 3003-3039.
96. Ejaz A, Ejaz A, Spolverato G, Kim Y, et al. Long-Term health-related quality of life after iatrogenic bile duct injury repair. *J. Am. Coll. Surg.* 2014; 219(5): 923-932.
97. Ekmekcigil E, Ünalp Ö, Uğuz A, et al. Management of iatrogenic bile duct injuries: Multiple logistic regression analysis of predictive factors affecting morbidity and mortality. *Turk J Surg.* 2018; 28:1-7.
98. Faridi S. H. et al. Challenges in the diagnosis and management of spontaneous bile duct perforation: A case report and review of literature // *Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons.* – 2015. – T. 20. – №. 3. – C. 143.

99. Felekouras E, Petrou A, Neofytou K, et al. Early or delayed intervention for bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy? A dilemma looking for an answer. *Gastroenterology Research and Practice*. 2015; Article ID 104235: 1-10.
100. Feng X, Dong J. Surgical management for bile duct injury. *Biosci Trends*. 2017; 11(4): 399-405.
101. Fingerhut A, Dziri C, Garden OJ. et al. ATOM, the all-inclusive, nominal EAES classification of bile duct injuries during cholecystectomy. *Surg. Endosc*. 2013; 27(12): 201-213.
102. Fiocca F, Salvatori F, Fanelli F, et al. Complete transection of the main bile duct: minimally invasive treatment with a endoscopic-radiologic rendezvous. *Gastrointest. Endosc*. 2011; 74: 1393-1398.
103. Flores-Rangel GA, Chapa-Azuela O, Rosales AJ, Roca-Vasquez C, Böhm-González ST. Quality of Life in Patients with Background of Iatrogenic Bile Duct Injury. *World J Surg*. 2018;42(9):2987-2991.
104. Fullum, TM, Downing SR, Ortega G, et al. Is Laparoscopy a Risk Factor for Bile Duct Injury During Cholecystectomy? *J. Soc.Laparoendosc. Surg*. 2013; 17(3): 365-370.
105. Gallstone Disease: Diagnosis and Management of Cholelithiasis, Cholecystitis and Choledocholithiasis. NICE Clinical Guidelines. 2014, 188;
106. Gianfranco D, Bertrand M, Serge D, et al. Combined endoscopic and radiologic approach for complex bile duct injuries. *Gastrointestinal endoscopy*. 2014; 79(5): 855-264.
107. Gluszek, et al. Iatrogenic bile duct injuries — clinical problems. *Polski Przegląd chirurgiczny*. 2014; 86(1):17-25.
108. Goodwin A., Lewis J., Iannitti D. Bile Peritonitis After Percutaneous Liver Biopsy and Persistent Bile Leak: 246 //Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG. – 2015. – T. 110. – C. S106-S107.
109. Hamura R. et al. Spontaneous biliary peritonitis with common bile duct stones: report of a case //Surgical Case Reports. – 2016. – T. 2. – №. 1. – C. 1-4.

110. Han S. Y. et al. EUS-guided biliary drainage versus ERCP for first-line palliation of malignant distal biliary obstruction: A systematic review and meta-analysis //Scientific reports. – 2019. – T. 9. – №. 1. – C. 1-9.

111. Harju J, Aspinen S, Juvonen P. et al. Ten-year outcome after minilaparotomy versus laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized trial. Surg. Endosc. 2013; 27: 2512-2516.

112. Ibrahim Abdelkader Salama and others. Iatrogenic Biliary Injuries: Multidisciplinary Management in a Major Tertiary Referral Centre. HPB Surgery. 2014(2014):1-12. <https://doi.org/10.1155/2014/575136>

113. Iwashita Y, Hibi T, Ohyama T. Delphi consensus on bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: an evolutionary cul-de-sac or the birth pangs of a new technical framework? J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2017; 24(11): 591-602. doi: 10.1002/jhbp.503. Epub 2017 Oct 23.

114. Jaffey J. A. et al. Gallbladder mucocele: variables associated with outcome and the utility of ultrasonography to identify gallbladder rupture in 219 dogs (2007–2016) //Journal of veterinary internal medicine. – 2018. – T. 32. – №. 1. – C. 195-200.

115. Kanno Y. et al. Efficacy of a newly developed dilator for endoscopic ultrasound-guided biliary drainage //World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. – 2017. – T. 9. – №. 7. – C. 304.

116. Kelley I, Chuang MD, Douglas Corley MD, et al. Does increased experience with laparoscopic cholecystectomy yield more complex bile duct injuries? Am. J. Surg. 2012; 203: 480-487.

117. 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. – T. 53. – №. 1. – C. 97.

118. Kook Hyun Kim, Tae Nyeun Kim. Endoscopic Management of Bile Leakage after Cholecystectomy: A Single-Centre Experience for 12 Years. Clin Endosc. 2014;47:248-253. <https://doi.org/10.5946/ce.2014.47.3.248>

119. Kotecha K., Kaushal D., Low W., Townsend P., Das A., Apostolou C.,

Merrett N. Modified Longmire procedure: a novel approach to bile duct injury repair. *ANZ J Surg* 2019;89(11):E554-E555.

120. Kulikovskiy VF, Yarosh AL, Karpachev AA, et al. Minimally invasive management of biliary leakage after cholecystectomy. *Khirurgiya (Mosk)*. 2018; (4): 36-40.

121. Kummeling A. Hepatic and biliary tract surgery //Complications in Small Animal Surgery. – 2016. – C. 441-445.

122. Lim DZ, Wong E, Hassen S, Al-Habbal Y. Retroperitoneal bile leak after laparoscopic cholecystectomy. *BMJ Case Rep*. 2018; pii: bcr-2017-222750. doi: 10.1136/bcr-2017-222750.

123. Limaylla-Vega H, Vega-Gonzales E. Iatrogenic lesions of the biliary tract. *Rev Gastroenterol Peru*. 2017; 37(4): 350-356.

124. Lo Nigr C, et al. Bile leaks after videolaparoscopic cholecystectomy: duct of Luschka. Endoscopic treatment in a single centre and brief literature review on current management. *Ann Ital Chir*. 2012;83(4):303-312.

125. Lock J. F., Eckmann C., Germer C. T. Characteristics of postoperative peritonitis //Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin. – 2016. – T. 87. – №. 1. – C. 20-25.

126. Lubikowski J, Post M, Bialek A, Kordowski J, Milkiewicz P, Wójcicki M. Surgical management and outcome of bile duct injuries following cholecystectomy: a single-center experience. *Langenbecks Arch Surg*. 2011; 396(5): 699-707.

127. Mangieri CW, Hendren BP, Strode MA, Bandera BC, Falser BJ. Bile duct injuries (BDI) in the advanced laparoscopic cholecystectomy era. *Surg Endosc*. 2018 Jul 13. doi: 10.1007/s00464-018-6333-7.

128. Mercado MA, Vilatoba M, Contreras A, et al. Iatrogenic bile duct injury with loss of confluence. *World J Gastrointest Surg*. 2015;7(10):254-60.

129. Miller T, Singhal S, Neese P, et al. Non-operative repair of a transected bile duct using an endoscopic-radiologic rendezvous procedure. *J. Dig. Dis*. 2013; 14: 509–511.

130. Nasr J.Y., Hashash J.G., Orons P., et al. Rendezvous procedure for the treatment of bile leaks and injury following segmental hepatectomy. *Dig. Liver Dis.* 2013; 45: 433-436.
131. Otto W, Sierdziński J, Smaga J, Dudek K, Zieniewicz K. Long-term effects and quality of life following definitive bile duct reconstruction. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(41): e12684. doi: 10.1097/MD.00000000000012684.
132. Perera MT, Silva MA, Hegab B, et al. Specialist early and immediate repair of post-laparoscopic cholecystectomy bile duct injuries is associated with an improved long-term outcome. *Ann Surg.* 2011; 253: 553-560.
133. Pitt H., Sherman S., Johnson M.S. et al. Improved outcomes of bile duct injuries in the 21st century. *Ann. Surg.* 2013; 258: 490-499.
134. Rainio M, Lindström O, Udd M, et al. Endoscopic Therapy of Biliary Injury After Cholecystectomy. *Dig Dis Sci.* 2018; 63(2): 474-480.
135. Rystedt J. Bile duct injuries associated with 55134 cholecystectomies: treatment and outcome from a national perspective. *World. J. Surg.* 2016; 40(1): 73-80.
136. Schiborra F., McConnell J. F., Maddox T. W. Percutaneous ultrasound-guided cholecystocentesis: complications and association of ultrasonographic findings with bile culture results // *Journal of Small Animal Practice.* – 2017. – T. 58. – №. 7. – C. 389-394.
137. Seon Ung Yun, Koog Cheon, Chan Sup Shim, Tae Yoon Lee, Hyung Min Yu, Hyun Ah Chung, Se Woong Kwon, Taek Gun Jeong, Sang Hee An, Gyung Won Jeong and Ji Wan Kim. The outcome of endoscopic management of bile leakage after hepatobiliary surgery. *Korean J Intern Med.* 2017;32:79-84. <https://doi.org/10.3904/kjim.2015.165>.
138. Sharma C. et al. A case of biliary peritonitis following spontaneous common bile duct perforation in a child // *Euroasian Journal of Hepato-Gastroenterology.* – 2016. – T. 6. – №. 2. – C. 167.
139. Song S., Jo S. Peritonitis from injury of an aberrant subvesical bile duct during laparoscopic cholecystectomy: A rare case report. *Clin Case Rep*

2018;6(9):1677-1680.

140. Spence LH, Schwartz S, Kaji AH, Plurad D, Kim D. Concurrent Biliary Disease Increases the Risk for Conversion and Bile Duct Injury in Laparoscopic Cholecystectomy: A Retrospective Analysis at a County Teaching Hospital. *Am Surg.* 2017; 83(10): 1024-1028.

141. Thompson B. J., Sherman R. A. Comprehensive Review of Biliary Peritonitis //Topics in companion animal medicine. – 2021. – T. 44. – C. 100532.

142. Tornqvist B, Waage A, Zheng Z, Ye W, Nilsson M. Severity of Acute Cholecystitis and Risk of Iatrogenic Bile Duct Injury During Cholecystectomy, a Population-Based Case-Control Study. *World J Surg.* 2016;40(5):1060-7.

143. Wang L., Zhou D., Hou H., Wu C., Geng X. Application of “three lines and one plane” as anatomic landmarks in laparoscopic surgery for bile duct stones. *Medicine (Baltimore)* 2018; 97(16):e0155.

144. Weber A, et al. Long-term outcome of endoscopic therapy in patients with bile duct injury after cholecystectomy. *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2009; 24: 762-769.

145. Yamamoto Y. et al. Risk factors for adverse events associated with bile leak during EUS-guided hepaticogastrostomy //Endoscopic Ultrasound. – 2020. – T. 9. – №. 2. – C. 110.

146. Yamashita Y, Takada T, Strasberg SM, et al. TG13 surgical management of acute cholecystitis. *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.* 2013; 20: 89-96.

147. Yuhsin V, David W, Linchan C. Bile Duct Injuries in the Era of Laparoscopic Cholecystectomies. *Surg. Clin. N. Am.* 2010; 90: 787-802.

148. Zhou XJ, Dong Q, Zhu CZ, et al. The role and significance of digital reconstruction technique in liver segments based on portal vein structure. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi.* 2018 Jan 1;56(1):61-67.

СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ББА	Билибилиарный анастомоз
ГепЕА	Гепатикоюноанастомоз
ГепДА	Гепатикодуоденоанастомоз
ГХ	Гепатикохоледох
ИОХГ	Интраоперационная холангиография
ЖИ	Желченстечение
ЛХЭ	Лапароскопическая холецистэктомия
МЖП	Магистральные желчные протоки
МЛХЭ	Минилапаротомная холецистэктомия
МРТ	Магнитно – резонансная томография
МРПХГ	Магнитно – резонансная панкреатохолангиография
МСКТ	Мультиспиральная компьютерная томография
НБД	Назобилиарное дренирование
ОПП	Общий печеночный проток
ОЖП	Общий желчный проток
ТПКД	Транспеченочное каркасное дренирование
УЗИ	Ультразвуковое исследование
ФХГ	Фистулохолангиография
ХЭ	Холецистэктомия
ЭПСТ	Эндоскопическая папиллосфинктеротомия
ЭРПХГ	Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	5
ВВЕДЕНИЕ	6
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПЕРИТОНИТА (обзор литературы).....	13
§1.1. Проблема возникновения, диагностики и лечения желчного перитонита, как осложнения острого холецистита.....	16
§1.2. Современные представления об этиологии и хирургическом лечении послеоперационного желчного перитонита.....	22
ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ.....	33
§2.1. Общая характеристика больных	33
§2.2. Методы исследования больных	39
ГЛАВА 3. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПЕРИТОНИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА	49
§3.1. Клиника желчного перитонита, как следствие осложнения острого холецистита	51
§3.2. Оптимизация тактики хирургического лечения больных с желчным перитонитом как следствия острого деструктивного холецистита	55
ГЛАВА 4. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧНОГО ПЕРИТОНИТА	72
§4.1. Причины и особенности развития послеоперационного желчного перитонита.....	72
ГЛАВА 5. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ В ГРУППАХ СРАВНЕНИЯ	91
§5.1 Сравнительный анализ результатов лечения больных желчным перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита.....	91
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	98
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	117

