
ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДА ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ САФРО ЙЎЛИ ЯТРОГЕН ЖАРОҲАТИНИНГ ОҒИР АСОРАТЛАРИНИ ТУМАН ШИФОХОНАСИ ШАРОИТИДА САМАРАЛИ ДАВОЛАШ НАТИЖАСИ

Махмудов А.Х., Хужамурадов Б.Р., Мухтаров Х.А. Мурадов М.Э., Самиев М.Б

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ЯТРОГЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

Махмудов А.Х., Хужамурадов Б.Р., Мухтаров Х.А., Мурадов М.Э., Самиев М.Б.

SUCCESSFUL TREATMENT OF IATROGENIC INJURY TO EXTRAHEPATIC COMMON BILE DUCTS AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY, WITH SEVERE COMPLICATIONS IN CONDITIONS PROVINCIAL DISTRICT HOSPITAL

Makhmudov A.Kh., Khujamuradov B.R., Mukhtarov Kh.A., Muradov M.E., Samiev M.B.

Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали

Денов тумани “Евро-Мед” соғломлаштириш клиникаси

Описано своевременен не диагностированное тяжелое ятрогенное повреждение внепеченочного общего желчного протока во время лапароскопической холецистэктомии. Пациентке на фоне разлитого желчного перитонита наложен гепатикоюноанастомоз по Ру. Однако у больной наблюдалась его недостаточность, развилась клиника желчного гнойного калового перитонита. С техническими трудностями пациентке повторно наложен позадибодочный “инвагинационный” гепатикоюноанастомоз по методу Ру, проведено кольцевое дренирование внутрипеченочных желчных протоков по способу “кожа-печень-трансплантат”. В результате проведенного комплексного интенсивного лечения наступило выздоровление больной.

Ключевые слова: холецистолитиаз, лапароскопическая холецистэктомия, желчные пути, ятрогенное повреждение, перитонит, билиодигестивные анастомозы, дренирование, хирургическое лечение.

This article describes case of iatrogenic injury to extrahepatic common bile ducts during laparoscopic cholecystectomy with severe course (generalized biliary peritonitis) due to late diagnosis, hepatico-jujenal anastomosis (Roux-Y) was performed on a patient. However, due to failure anastomotic suture patient developed purulent-bile-fecal peritonitis. Redo surgery for HJA Roux-Y was performed with some technical difficulties: transmezacolon invaginative HJA by Roux-Y and annular drainage of intrahepatic bile duct by method of “skin-liver-transplantat” where the drainage passed from all above mentioned organs. As result of comprehensive treatment patient recovered.

Key words: cholecystolithiasis, laparoscopic cholecystectomy, iatrogenic injury, bile duct, peritonitis, biliodegestive anastomosis, drenage, surgical treatment.

Холецисто-холедохолитиаз касалликлари билан оғриган беморларда жарроҳлик даволари ўтказилишининг жадаллашиши ва шунингдек амалиётга видеоэндохирургик технологияларнинг кенг қўлланилиши жигардан ташқаридаги сафро йўллари ятроген жароҳатланишининг кўпайишига олиб келмоқда, албатта бунда ҳар 1 ҳолат 300-500 лапароскопик холецистэктомиядан (ЛХЭ) кейин кузатилиши тасдиқланган [3,5]. Бундай ҳолатларда қониқарсиз натижаларнинг кузатилиш сабаблари эса албатта, асоратларнинг кеч ташхисланиши, жарроҳлик амалиётларининг нотўғри бажарилиши, амалиётлардан кейин анастомозларнинг торайиши ва стриктураларнинг пайдо бўлиши, ҳамда холангит белгилари ва йирингли-яллиғланишларнинг келиб чиқишига боғлиқдир [1, 2]. Бундай беморларга шу асоратлар натижасида қайта-қайта жарроҳлик амалиётлари ўтказилади ва шунга қарамасдан уларнинг 80% оғир ногиронликларга дучор бўлишади, 7-19% ҳолатларда эса реконструктив-қайта тиклаш амалиётларидан кейин ўлим натижалари кузатилади / 5 /. Шунинг учун ўз вақтида сафро харакати йўллари қайта тиклаш ва торайиш ҳамда стриктуралар пайдо бўлганда ут йўллари адекват дренажлаш энг долзарб муаммолигича қолмоқда.

“Евро-мед” соғломлаштириш клиникасида ноябрь 2018 йилдан ноябрь 2019 йилгача 80 лапароскопик холецистэктомия амалиёти бажарилган, шулардан 78 беморда ЛХЭ асоратсиз утди. Сурункали холецистолитиаз [74] ва ўткир тошли холецистит (6) беморни ташкил этди. Ушбу ўткир тошли холецистит хасталиги билан тушган 6 беморнинг 2 нафарида жигардан ташқаридаги сафро йўлининг оғир ятроген жароҳатланиши содир бўлган. Иккала ҳолатда ҳам ятроген шикастланиш жарроҳлик амалиёти даврида аниқланмаган. К.Г.Кубачев ва Фокин А.М (2016), келтиришларича сафро йўллари ятроген жароҳатланиши фақат 25,7 % ҳолатда операция давомида аниқланган, қолган 74,3 % беморда эса бу асоратлар 14 соатдан бошлаб 8 суткагача бўлган вақт мобайнида ташхисланган. Бизнинг кузатувимиздаги 2 беморга ўтказилган адекват реконструктив-қайта тиклаш жарроҳлик амалиётларидан кейин оғир асорат ва ўлим ҳолатининг олди олинди.

Сиз муштарий ҳамкасбларни ЛХЭ кейинги оғир ятроген жароҳатланиш асоратлари билан даволанган беморлардан бирининг тақдири билан таништиришни жоиз деб билдик.

Бемор Х., 48 ёшда. Касаллик тарихи № 1259. “Евро-мед” соғломлаштириш клиникасига 30.07.2019

й соат 11⁰⁰ : Ўткир тошли холецистит ташхиси билан тушган. Касаллик тарихидан: бемор 8 йил мобайнида: Холецистолитиаз билан “Д” ҳисобида турган. Охири 7 кун давомида бемор ўнг қовурға ёйи тагида ва эпигастрал соҳада оғрикнинг ўнг елка ва куракга узатилишидан шикоят қилиб тушган. Бемор бир неча марта симптоматик даво чоралари олган. Клиник кўриниши: беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда. Ҳушида. Териси тоза, оч-пушти рангда. Ўпкасида везикуляр нафас. Юрак товуши ритмик, томир уриши 82 марта дақиқасига, қониқарли тўликликда. АҚБ 110/70 мм.рт.ст. Тили караш билан қопланган. Қорни юмшоқ пайпасланганда ўнг қовурға тагида ва эпигастрал соҳада оғриқ сезилади. Ортнер, Мерфи белгилари мусбат. Щеткин-Блюмберг белгиси манфий. Ўт халтаси пайпасланмайди. Пастернацкий белгиси манфий. Сийиши ва нажас келиши мунтазам. Беморга клиник-лаборатория текширувлари ўтказилди. Умумий қон тахлили: Нв-98 г/л; эр.- $3,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоцит- 9×10^9 /л; ЭҲТ-12 мм/с. 30.07.2019 й биохимик қон тахлили: қондаги қанд миқдори-5,4 ммоль/л; билирубин-14,6 ммоль/л; мочевино-9,8 ммоль/л; креатинин-104; амилаза қони-128 ед. Умумий сийдик тахлили: миқдори - 60 мл; ранги –сарғиш, тиниқ; сиғими-1012; оқсил- йўқ; лейкоцит-8-10 ва эр.-2-4 куриш майдонида; оксалат тузи бор. УТТ 30.07.2019 й: Ўткир тошли холецистит. ЭФГДС- Сурункали гастродуоденит. ЭКГ-ўзгаришсиз. Кўкрак қафаси рентгенографияси: Сурункали бронхит. Беморга 05.08.2019 й эндотрахеал наркоз (ЭТН) остида: лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) амалиёти техник қийинчиликлар билан ўтказилган ва перифокал тўқималари электрокоагуляция қилинган.

Макропрепарат: Олинган ут ҳалта ўлчами 11x8x5 см деворлари қалинлашган фибрин билан копланган ичида 5 та 1 см x1 см, 1,5 смx1,0 см чамаси тошлар ва қорамтир тусли куюқ сафро суюқлиги бўлган. Проток тизими тузилишига эътибор берилмаган.

Гистологик текширув натижаси: Флегмоноз холецистит.

Операциядан кейинги даврда беморнинг аҳволи аста-секин оғирлашди. Жигар тагига қўйилган дренаж найчадан сафроли ажралма миқдори суткасига кўпайиши (400-500 мл) кузатилди. Беморнинг қорнида таркалувчи оғриқ кучая борди, дамлаш кузатилди, тана ҳарорати 38-39°C кўтарилди. Пульс 120 мартагача тезлашди, суст тўликликда. АҚБ 80/50 мм.сим.уст.

Тили кўруқ. Қорни пайпасланганда барча соҳада кучли оғриқ сезилади. Щеткин-Блюмберг белгиси мусбат. Ичак ҳаракати товуши сусайган. УТТ- 07.08.2019 й: қорин бўшлиғида кўп миқдорда патологик суюқлик аниқланди. Ташхис: Лапароскопик холецистэктомия амалиётидан кейинги ҳолат. Жигардан ташкари сафро йўллари ятроген жароҳати, тарқалган сафроли перитонит.

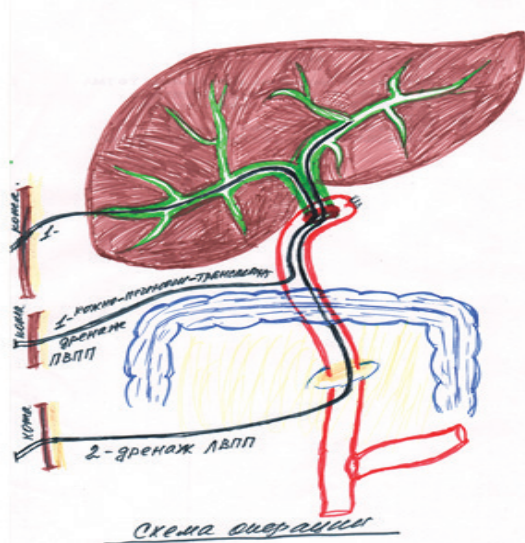
07.08.2019 й, ЭТН остида беморга лапаротомия ва қорин бўшлиғини тафтиш қилиш бажарилган. Жаррохлик амалиёти чоғида холедохга ductus cysticus уланиш жойи пастидан клипс қўйилиб кесилганлиги ва ductus hepaticus communis тўлиқ ко-

агуляция қилиш усулида жигар ички сафро йўлларида бўлиниш қисмигача ўт халтаси билан бирга комплекс олиб ташланганлиги аниқланди. Ташқи ўт йўлининг проксимал чултоғига клипс қўйилмаган, ваҳоланки куйдирилган. Беморга Ру-усулида бирламчи гепатико-еаноанастомоз қўйиш жаррохлик амалиёти бажарилган. Беморга томир ичига инфузион терапия (инфезол, волюстим, плазма, эр.массаси, рингер-лактат ва бошқалар), антибиотиклар, гепатотроп воситалар ва анальгетиклар қилинди. Амалиётдан кейинги давр ўта оғир кечди. Беморда 11.08.2019 й тана ҳароратининг 39-40° С кўтарилиши, ҳансираш ва безовталиқ бошлади. Қоринда оғриқ ва дамлаш кучайиши ва перитонеал аломатларнинг пайдо бўлиши кузатилди. Ичак перистальтикаси ўта сусайган. Диурез миқдори камайди. Дренаж найчалардан ўткир ҳидли йирингли-ахлатли-сафроли экссудат чиқиши аниқланди. 13.08.2019 й (САС йўналиши бўйича к.м.н А.Х.Махмудов қақирилди) қисқа муддатли жаррохлик олди тайёргарликдан кейин беморга шошилиш релапаротомия, қорин бўшлиғи санақияси ва тафтиш қилиниб, 3 л ортиқ йирингли-сафроли-ахлат ҳидли ажралма аспирация қилиниб тозаланди. Қорин бўшлиғи декасан ва 6 литр физиологик суюқликлар билан ювиб тозаланди. Тафтиш қилинганда ГЮА учун қўлланилган оч ичак трансплантанти проксимал қисмининг 8 см соҳаси гангренага учраб анастомоз чоклари тутмаганлиги аниқланди. Очичакнинг ўзаро “учига-ёнбош” қилиб уланган ичаклараро анастомози яхши жипслашиб битган. ГЮА ажратилди ва аниқ чегараланган некротик зона 10 см чамасида тўлиқ кесиб олиб ташланди, қон билан таминланиши қониқарли. Очичак чултоғи 2 катор чоклар билан герметик ёпилди ва кундаланг чамбар ичак тутқичи орқали ўтказилиб юқорига жигар остига қайта кўтарилди. Жигар ости соҳаси йодопирон билан яхшилаб тозаланиб ўт йўлини “реконструктив-қайта тиклаш” амалиётига тайёрланди. Жигар ўнг бўлаги бўйлаб ички сафро йўлига “тери-жигар-трансплантат” орқали ҳалқа шаклида дренаж ўтказилди ва чап жигар ичи ут йўлига ҳам дренаж найча № 10 қолдирилди. Иккала дренаж уч қисми умумий жигар ут йўли чултоғи орқали ўтказилиб очичак (трансплантат) деворидан алоҳида-алоҳида ташкарига чиқарилди. Жигар ичи ўт йўли дренаж найчаларининг очичакчига сафронинг тушишини таъминлаш учун қўшимча тешикчалар қилинди. Очичак чултоғи жигар остига олиб борилиб “учига-ёнбош” анастомоз шаклида викрил 4/0 чоки ёрдамида Ру-усулида қайта “инвагинацион” ГЮА қўйиш жаррохлик амалиёти техник қийинчилик билан чиройли қилиб бажарилди (Сурат. 1). Жигар ичи сафро йўллари дренаж найчалари трансплантат девори орқали ташкарига чиқарилиб терига тикиб маҳкамланди. Қорин бўшлиғи санақия қилиниб тозаланди ва жигар ости, ўнг ёнбош канал ва кичик чаноқ бўшлиғи адекват найчаланди /Сурат.2/. Беморга ЎЗР ССВ даволаш-профилактик стандарти асосида комплекс даво чоралари ўтказилди. Беморнинг аҳволи жуда секин яхшилана борди. Жигар ичидан ўтган циркуляр дренаждан тоза сафроли ажралма чиқиб турди. Жигар ости дренаж найидан ҳам 40-50 мл сафроли ажралма чиқиши кузатилди. Беморга 30.08.2019 й – фистулохолангиография текширув усули ўтказилди ва

ГЮА- трансплантат соҳасида контраст модданинг тўпланганлиги аниқланди /Сурат.3/ ва бошқа нуқсонлар кузатилмади. “Тери-жигар-трансплантат” циркуляр дренаж найи фракцион усулда 10 мл шприц ёрдамида хар 2 кунда 1 маҳал физиологик суюқлик билан ювиб турилди. 10.09.2019 й беморнинг корин бўшлиғига қўйилган дренажлари олинди ва циркуляр жигар ичи сафро йўли дренаж найчаси билан қониқарли аҳволда уйига амбулатор назоратга чиқарилди.

Бемор 19.09.2019 й қайта текширилди, шикояти йўқ, актив. “Жигар-тери-трансплантат” орқали қўйилган дренаж найчадан 80-100 мл тоза сафроли ажралма чиқиши кузатилди. Дренаж найча орқали фистулохолангиография килинди, контраст тўлиқ трансплантат орқали ингичка ичакга ўтмоқда / Сурат. 4/. Бемор 15.11.2019 й яна қайта кўрилди, шикояти йўқ. Жигар ичи сафро йўлига қўйилган циркуляр дренаж трубкадан сафроли ажралма жуда кам, шу сабабли ювилиб, кейин олиб ташланди. Мижоз 5 ойдан кейин яна қайта текширувдан ўтди, сафро йўлининг реконструктив-қайта тиклаш жаррохлик амалиётидан кейинги ҳолати асоратсиз.

Хулоса қилиб шуни айтиш лозимки, ЛХЭ чоғида жигардан ташқаридаги сафро йўлининг оғир ятроген шикастланишига ва коагуляцион термик қуйишига йўл қўйилган ва бу асоратлар жаррохлик амалиёти давомида ўз вақтида аниқланмаган. Беморга ўтказилган лапаротомия ва Ру-усулида ГЮА қўйиш амалиётида эса жигардан ташқаридаги сафро йўли чултоғининг оч ичак проксимал қисми билан қон томирсиз жойига уланганлиги сабабли трансплантат гангренаси ҳамда анастомоз чоклари тутмаслиги ва оғир аралаш тарқалган перитонит турини келтириб чиқарди. ЛХЭ пайтидаги оғир техник қийинчилик ҳисобга олинмаган ва амалиётнинг очик холецистэктомия усулига ўтиш лозимлиги унитилган! Беморга ўтказилган комплекс даво чоралари ва иккинчи марта адекват бажарилган реконструктив-қайта тиклаш жаррохлик амалиёти натижасида ижобий самарага эришилди.



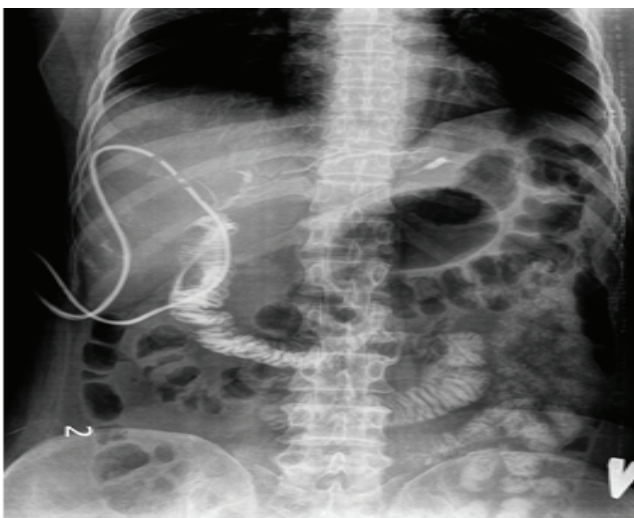
Сурат. 1. (схема). Ру-усулида қайта ГЮА қўйиш ва жигар сафро йўлини “тери-жигар-трансплантат” усулида дренажлаш.



Сурат. 2. Бемор қайта операция қилиниб сафро йўли ва қорин бўшлиғи найчалангандан кейинги ҳолати.



Сурат. 3. Фистулохолангиография - контраст модданинг трансплантат юқори қисмига тўпланганлиги кузатилган.



Сурат. 4. ГЮА зонаси асоратсиз. Контраст тўлиқ ингичка ичакга ўтган.

Адабиётлар

1. Галперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей.// М.: Видар. 2009.- 456 б.

2. Сарванов И.А., Раповка В.Г. Хирургическое лечение ятрогенных повреждений и стриктур желчных протоков.//Вестник Нац. Медико-хирург. Центра им. Н.И.Пирогова.-2015.-№ 3.-С. 14-17.

3. Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Алиев А.К. Хирургическое лечение ятрогенного повреждения желчных протоков. //Вестник хирургии.-2016.-№ 3.-С. 83-85.

4. Harrison V.L.,Dolan J.P.,Pham T.H et.al. Bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy in hospitals with and without surgical residency programs: is there a difference// Surg.Endosc.-2011.-Vol.25.-P. 1969-1974.

5. Tuveri M., Tuveri A. Laparoscopic cholecystectomy: complications and conversions with the 3-trocar technique: a 10-year review.// Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.-2007.-Vol.17.- P. 380-384

ЛАПАРОСКОПИК ХЛЕЦИСТЭКТОМИЯДА ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ УМУМИЙ САФРО ЙЎЛИ ЯТРОГЕН ЖАРОҲАТИНИНГ ОҒИР АСОРАТЛАРИНИ ТУМАН ШИФОХОНАСИ ШАРОИТИДА ДАВОЛАШНИНГ САМАРАЛИ НАТИЖАСИ

Махмудов А.Х., Хужамурадов Б.Р., Мухтаров Х.А
Мурадов М.Э., Самиев М.Б

Мақолада лапароскопик холецистэктомия даврида жигардан ташқари умумий сафро йўлининг оғир ятроген жароҳатининг ўз вақтида аниқланмаганлиги ва беморда тарқалган сафроли перитонит асорати юзага келиши сабабли Ру-усулида ГЮА қўйилганлиги келтирилган. Лекин беморда ГЮА чоклари тутмаслиги натижасида сафроли-йирингли-ахлатли перитонит келиб чиққан. Беморга техник қийинчилик билан қайта Ру-усулида инвагинацион” билио-дигестив анастомози ва жигар ички йўллари “тери-жигар-трансплантат” орқали дренажлаш жарроҳлик амалиётлари бажарилди. Ўтказилган комплекс интенсиф даволар самарали натижага олиб келди.

Калит сўзлар: холецистолитиаз, лапароскопик холецистэктомия, сафро йўллари, ятроген жароҳатланиш, перитонит, билиодегестив анастомозлар, дренажлаш, жарроҳлик давоси.

