

Summary

**CLINICAL IMMUNOLOGICAL PROGNOSTICS OF THE RISK OF DEVELOPMENT OF POSTOPERATED PURULENT COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH LIVER ECHINOCOCCOSIS**

**H.D. Zuhurov, A.R. Dostyev, A.H. Fayzullaev, R.A. Tursunov**

The authors propose improved prognosis method which is based on clinical immunological indexes. Using the method in 100 patients with liver echinococcosis led to decreasing number of postoperated complications and increasing of positive results.

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БИЛИАРНОГО ПЕРИТОНИТА**

**Н. М. Даминов, К. М. Курбонов**

Кафедра хирургических болезней № 1

**Введение.** В последнее время наблюдается рост числа больных, страдающих очаговыми заболеваниями печени (ОЗП) и желчно-мочевыводящей болезнью (ЖКБ), в связи с чем увеличилось количество оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях [1,4,7,8]. В современной гепатохирургии широкое распространение получили как традиционные методы хирургического лечения, так и малоинвазивные видеолaparоскопические вмешательства [5-7]. Тем не менее, наряду с этим увеличилось число ранних послеоперационных осложнений, требующих релапаротомии [1,2,4,6,8]. Одним из тяжёлых, опасных и угрожающих жизни осложнений раннего периода после оперативных вмешательств на печени, желчевыводящих путях, поджелудочной железе и двенадцатиперстной кишки является послеоперационный билиарный перитонит (ПБП). Стоит отметить, что именно это осложнение в абдоминальной хирургии является наиболее тяжёлым и коварным для хирурга и больного, которое нередко сопровождается высокой послеоперационной летальностью, достигающей 30-48% [3,4,7,8].

Причины возникновения и развития ПБП многообразны, однако следует отметить, что в 81% случаев возникает вследствие тактических и технических врачебных ошибок, а также вследствие обменных нарушений в организме больного, приводящих к недостаточности иммунологических механизмов защиты и замедленной неполноценной регенерации, и особенно - из-за нарушений функциональных резервов жизненно важных органов и систем организма.

**Цель исследования:** оптимизация диагностики и лечения послеоперационного билиарного перитонита.

**Материалы и методы.** В клинике за истекшие 15 лет наблюдали за 133 больными с ПБП, из них у 124 (93,2%) это осложнение наблюдалось после оперативных вмешательств на печени и жёлчных путях, ещё у 9 больных (6,8%) послеоперационный перитонит был обусловлен перфорациями острых язв желудка после выполнения обширной резекции печени. Кроме этого, у 7 больных ПБП диагностировали после оперативных вмешательств по поводу осложнений язвенной болезни.

Всего под нашим наблюдением находились 140 больных с ПБП. Мужчин было 89 (63,6%), женщин - 51 (36,4%). Возраст больных составил от 24 до 74 лет. Перечень заболеваний, по поводу которых были выполнены оперативные вмешательства, приведён в таблице 1.

**Таблица 1**  
**Перечень заболеваний и оперативных вмешательств, после которых наблюдался ПБП (n=140)**

Название заболеваний	Количество больных	Сроки операции		
		экстренные	отсроченные	плановые
Эхинококкоз печени	46	10	7	19
Острый калькулёзный холецистит Механическая желтуха	30	15	8	7
Острый деструктивный холецистит Распространённый перитонит	18	18	-	-
Острый билиарный холецистопанкреатит в сочетании с дуоденостазом	17	4	5	8
Открытые и закрытые повреждения печени	16	16	-	-
Постбульбарная язва двенадцатиперстной кишки	7	-	-	5
ЖКБ Холедохолитиаз	3	-	-	3
Рак прямой кишки с метастазами в печени	2	-	-	2
Болезнь Кароли	-	-	-	1
Всего:	140	65	30	45

Нами разработана клиническая классификация ПБП (табл.2).

Для диагностики заболеваний печени, жёлчных путей и ПБП больным проводили клинко-лабораторное и биохимическое исследования крови. Уровень эндотоксемии оценивали по длительности жизни параметра (ПТ) по Г.А.Пафомовой, молекулы средних масс (МСМ) определяли по методике Н.И. Гариэлян и соавт. (1985), содержание малонового диальдегида (МДА) определяли диобарбитуровой кислотой, диеновым конъюгатом (ДК) по Л. И. Андреевой (1989). Кроме этого больным проводили инструментальные методы исследования, включая УЗИ, КТ, лапароскопию, рентгенографию печени и брюшной полости.

**Таблица 2**  
**Клиническая классификация послеоперационного билиарного перитонита**

По происхождению	В зависимости от сроков операции	По причине возникновения	По клиническому течению	В связи с первичной операцией	По распространённости	По характеру экссудата	По форме течения процесса	По степени эндогенной интоксикации
1. После оперативных вмешательств на желчных путях	А. После плановых операций	Вследствие врачебных ошибок	Стёртые	Развивающейся непосредственно после операции (вторично)	Местный (ограниченный и неограниченный)	Жёлчный	С отсутствием признаков сепсиса	Лёгкая
2. После оперативных вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке	Б. После экстренных операций	Вследствие угнетения защитных сил организма	Вялотекущий			Гнойный	Перитонеальный сепсис	Средняя
3. После оперативных вмешательств на поджелудочной железе		Вследствие прогрессирования заболевания	Остротекущий	Продолжающейся перитонит	Распространённый	Смешанный	Тяжёлый перитонеальный сепсис	Тяжёлая
4. После хирергического лечения травм печени							Инфекционно-токсический шок	

**Результаты и их обсуждение.** Детальный и всесторонний анализ показал, что в большинстве случаев (81,1%) причиной развития этого грозного осложнения (ПБП) являлись тактические и технические врачебные ошибки (табл. 3)

**Причины, способствующие развитию ПБП (n=140)**

Таблица 3

Источник осложнения	Число больных	Число умерших
Негерметично ушитые жёлчный свищ и ткань печени после эхинококэктомии и перцистэктомии	2	2
Негерметично ушитая рана печени	7	1
Негерметично ушитая ткань печени после её резекции	15	4
Секвестрация печени с развитием перитонита	18	4
Продолжающийся перитонит	12	3
Дополнительные протоки в области ложа жёлчного пузыря	20	3
Выпадение дренажной трубки из холедоха	15	2
Дефект холедоха в результате его ранения	14	4
Соскальзывание лигатуры с культи пузырного протока	5	1
Несостоятельность билиодигестивных анастомозов	9	3
Перфорация острых язв желудка	9	4
Всего:	140	31 (22,1%)

В начальных стадиях заболевания клиническая картина желчеистечения в брюшную полость и развития ПБП была таковой, что, очевидно, было обусловлено проведением в послеоперационном периоде адекватной антибактериальной и инфузионно-трансфузионной терапии, а также адекватного обезболивания. Симптомы раздражения брюшины были положительными в 67% случаев лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево имел место у 64 больных (47,8%) и проявлялся с запозданием на 24-28 часов с момента катастрофы.

Следует подчеркнуть, что практически во всех случаях наблюдалось выхождение желчи из брюшной полости через установленные дренажи. Клиническая симптоматика ПБП зависела, прежде всего, от характера и объёма выполненной операции, степени её травматичности, темпа и количества поступления желчи либо гноя в свободную брюшную полость, а также от качества проведения пред- и послеоперационной инфузионной терапии (табл. 4).

**Характер распространённости воспалительного процесса брюшной полости в зависимости от темпа и количества излившейся желчи (n=64)**

Таблица 4

Степень тяжести желчеистечения	Темп желчеистечения	Количество желчи в брюшной полости, мл	Распространённость воспалительного процесса
Лёгкая (n=20)	медленный	300-500	местный
Средняя (n=24)	умеренный	500-1000	диффузный
Тяжёлая	активный	более 1000	распространённый

Темп и количество истечения желчи в свободную брюшную полость в значительной степени зависели от протяжённости и диаметра поражённого жёлчного протока, степени выраженности жёлчной гипертензии, которая, как правило, развивается в послеоперационном периоде при заболеваниях жёлчных путей и их осложнениях, а также после различных

вариантов резекции печени. При этом следует отметить, что в 72% случаев тяжёлые и травматичные оперативные вмешательства выполнялись на инфицированных желчных протоках и паренхиме печени, что, очевидно, и явилось одним из факторов риска развития ПБП.

Для диагностики ПБП и определения показаний к выполнению релапаротомии важное значение придавалось документально обоснованному подтверждению диагноза. С этой целью больным проводили рентгенологическое, ультразвуковое и эндоскопическое исследования. Так, у 20 больных (14,3 %) диагноз ПБП был подтверждён не только на основании клинической картины послеоперационного перитонита, выделения гноя из дренажей, но и ультразвукового исследования (наличие свободной жидкости в брюшной полости, секвестрация жидкости в просвете тонкой кишки и т.д.). У 32 (22,8%) больных из-за сомнительной клинической картины заболевания диагноз ПБП был установлен на основании УЗИ, где диагностировали наличие свободной патологической жидкости в левом подреберье (12), правом боковом канале (10) и полости малого таза (10).

Исследование показателей уровня эндотоксической интоксикации у 64 больных (45,7%) с ПБП, показало, что степень её тяжести зависит от распространённости процесса в брюшной полости и фазы патологического процесса (табл. 5).

Установление факта ПБП делает необходимым проведение предоперационной подготовки и выполнения срочной релапаротомии.

Из 140 больных с ПБП у 69 (49,3%) послеоперационный билиарный перитонит имел местный характер, а у 71 (50,7%) - распространённый. При местном ПБП, развившемся у 38 больных (55%) после оперативных вмешательств на печени во время релапаротомии, у 25 пациентов источником перитонита оказались секвестрированная ткань и культя печени.

Таблица 5

Показатели эндотоксической интоксикации у больных с ПБП (n=64)

Критерий	Послеоперационный местный билиарный перитонит (n=28)	Послеоперационный распространённый билиарный перитонит (n=36)
Длительность заболевания	до 48 часов	до 48 часов
Тахикардия	до 100-110	до 110-120
Частота дыхания	до 20	до 24-28
Парез кишечника	слабо выраженный	стойкий
Грамотрицательный тест,	12-15	6-8
СМ мкг/мл	1160,5±240,3*	1390,8±240,8*
ИДА ммоль/мг	4,9±0,41	5,6±0,21
ДК ммоль/мг	5,1±0,3	6,1±0,7
АлАт ммоль/л	0,76±0,02	1,031±0,04*
АсАт ммоль/л	0,92±0,012	1,23±0,19
Фибриноген г/л	3,5±0,30	3,30±0,30
Креатинин ммоль/л	До 100-110	свыше 150

\* - показатель  $P < 0,05$

После иссечения секвестрированных участков, санации и дренирования брюшной полости в послеоперационном периоде умерло 6 больных: от острой печёночной недостаточности - 4

и сердечно-сосудистой недостаточности - 2. Видеолапароскопическую санацию и дренирование подпечёночного пространства (8) и брюшной полости (5) эффективно выполнили 13 больным с одним летальным исходом.

Релапаротомия при местном ПБП была выполнена 28 больным (40,6% опереждённым оперативные вмешательства на желчном пузыре и магистральных желчных протоках. После установления и дополнительного ушивания ложа желчного пузыря (1), пузырного протока (9), повторного установления дренажа общего жёлчного протока (4) и брюшной полости умерло 2 больных от интоксикации. В 3 наблюдениях местный ПБП возник в результате травмы печёчно-жёлчного (2) и общего жёлчного протока (1) при резекции желудка по поводу постбульбарной язвы двенадцатиперстной кишки. В одном из трёх последних наблюдений травма не была диагностирована во время операции, в 2 других случаях желчный перитонит развился, несмотря на своевременную диагностику травмы протоков в ходе операции и произведённые в связи с этим реконструктивные вмешательства (2): циркулярный шов протока на дренаже (1) и гепатикоюноанастомоз у 2 больных. Оба эти вмешательства осложнились недостаточностью швов протока (1) и анастомоза (1). Во время лапаротомии произвели наружное дренирование гепатикохоледоха (1), которое предотвратило дальнейшее распространение желчи в брюшной полости, а при несостоятельности билиодигестивных анастомозов швы с соустья были сняты и вновь наложен гепатикоюноанастомоз (2) на скрытом дренаже с двумя летальными исходами.

Наиболее тяжёлые и сложные ситуации возникли при лечении больных с распространённым ПБП. После выполнения атипичных резекций печени (10), ушивания её травматических разрывов (6) и тотальной перицистэктомии (2), в 18 случаях в послеоперационном периоде возник ПБП, вследствие секвестрации печени (12), крово- и желчеистечения из ткани и культи печени (6). Объём релапаротомии в этих случаях включал в себя иссечение и удаление некротизированных участков данного органа, санацию и дренирование тонкой кишки и брюшной полости. От нарастающей печёночной недостаточности (5) и интоксикации (2) умерло 7 больных.

Послеоперационный распространённый билиарный перитонит после оперативных вмешательств на желчевыводящих путях развился у 31 больного, ещё у 4 больных он возник после резекции желудка по поводу язвенной болезни. Необходимо при этом отметить, что внутрибрюшному желчеистечению и развитию ПБП у этой группы больных, наряду с ятрогенными повреждениями протоков, способствовала также жёлчная гипертензия, диагностированная и не скорректированная до и во время операции. Так, при распространённом ПБП у 31 больного во время релапаротомии установили наличие продолжающегося перитонита (2) и дефекта стенки жёлчного протока (10), которая была циркулярно ушита на дренаже Шампо, а при желчеистечении из ложа жёлчного пузыря (9), последнюю ушивали дополнительно. Завершали операцию во всех случаях наружным дренированием жёлчных протоков и интубацией тонкой кишки. Летальный исход наблюдалось в 7 случаях вследствие острой печёночной (4), сердечно-сосудистой недостаточности (2) и интоксикации (1). После резекции желудка по поводу язвенной болезни у 4 больных был диагностирован ПБП, причиной которой было краевое повреждение гепатикохоледоха (2), которое ушили на Т-образном дренаже, что обеспечило гладкое послеоперационное течение. При ранении супрадуоденальной части холедоха 2 больным выполняли билиодигестивное шунтирование. Наблюдались 2 летальных исхода.

У 9 больных с несостоятельностью холедоходуоденоанастомоза (5) и гепатикоюноанастомозов (4) и осложнившимся ПБП, в 3 наблюдениях дефект анастомоза был

ушит повторно капроновыми швами и дополнительно герметизирован пластинами Тахо Комба, санацией и дренированием общего жёлчного протока, тонкой кишки и брюшной полости хорошими результатами, а у 2 больных ограничили билиодигестивным шунтированием. В послеоперационном периоде умерло 2 больных вследствие дуоденальной свища. При несостоятельности гепатикоеноанастомозов (4) 3 больным выполнили повторное шивание гепатикоеноанастомоза на сохранённом транспечёночном дренаже, одному - билиодигестивное шунтирование. В послеоперационном периоде произошло два летальных исхода вследствие печёночной недостаточности.

Таким образом, результаты исследования показывают, что невыполнение ряда условий - анатомических принципов оперирования на печени, декомпрессии жёлчных протоков и адекватного дренирования брюшной полости - является при первичных поражениях на печени и жёлчных путях непосредственной причиной развития ПБП, наряду с другими факторами [1,2,6]. Опыт показывает, что во время выполнения релапаротомии при ПБП хирург должен стремиться спасти жизнь больного ликвидируя источник перитонита, дренируя жёлчные протоки, над- и подпечёночное пространство, тонкий кишечник и брюшную полость, но одновременно с этим в ходе операции надо создать оптимальные условия для последующего поступления желчи в кишечник. Этим исключается необходимость повторной сложной реконструктивной операции, часто - при тяжёлом состоянии больного. При выполнении релапаротомии по поводу местного или начинающегося распространённого ПБП в первые часы и первые сутки, когда не определяется наличие абдоминального сепсиса, а воспалительно-структурные изменения в стенке жёлчных протоков либо в паренхиме печени не определяются и когда состояние больного позволяет произвести расширенное вмешательство, оно является обоснованным и оправданным.

Несомненно, что успех операции при ПБП обеспечивается не только рационально избранным видом оперативного пособия, но и комплексными патогенетически обоснованными консервативными мероприятиями в послеоперационном периоде: эффективной антибактериальной терапией, борьбой с нарушениями водно-электролитного баланса, печёночно-почечной недостаточностью и синдромом энтеральной недостаточности. Основным средством профилактики ПБП является рационально патогенетически обоснованная хирургическая тактика и щадящая техника первичного вмешательства на печени и жёлчных путях, в ходе которого должен быть сохранён принцип функциональных выделений сосудисто-секреторных элементов печени с адекватным гемо- и желчеотведением, а также восстановления беспрепятственного оттока желчи в кишечник и исключения возможности случайного нарушения целостности жёлчных протоков.

### Выводы

1. Причинами развития ПБП являются: технические и тактические врачебные ошибки (81,1%) и прогрессирование заболевания (18,9%).
2. Показания к релапаротомии или эндовидеолапароскопической санации при ПБП должны быть аргументированы на основании данных УЗИ и лапароскопии.
3. Наряду с ликвидацией или ограничением источника перитонита при ПБП, целесообразно наружное дренирование общего жёлчного протока, тонкой кишки и брюшной полости.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б. И. Дренирование брюшной полости при резекции печени. – Вестник хирургии, 1984, №10
2. Вишневский В. А., Вилявин М. Ю., Подколзин А. В. Динамика объёма печени после её

резекции. - Хирургия, 1995, № 3

3. Гальперин Э. И. Актуальные вопросы резекции печени. – Хирургия, 1980

4. Ефименко Н. И. Послеоперационный перитонит. – Автореф. докт. дисс., М., 1995

5. Журавлёв В. А. Решённые и нерешённые вопросы хирургии печени. – Хирургия, 1996, № 6

6. Корнилов А. Г. Хирургия очаговых образований печени. – Автореф. докт. дисс., Иркутск, 2005

7. Радзиховский А. П., Бобров О. Е., Ткаченко А. А. Релапаротомия. – Киев, 2001

8. Смирнов Е. В., Мжельский В. С. Ошибки и опасности при операциях на печёночном и общем жёлчном протоках. – Хирургия, 1968, № 9

Хулоса

### РАВАНДҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ КОМПЛЕКСӢ ВА ИЛОЧИ ҶАРРОҲИИ ИЛТИҲОБИ САФРОИИ БАӢДИҶАРРОҲИИ СИФОҚ

Н. М. Даминова, К. М. Курбонов

Дар мақола натиҷаҳои таҳлили маҷмӯи илтиҳоби ҷарроҳии 140 беморони гирифтори илтиҳоби сафроии баъдиҷарроҳии сифоқ оварда шудааст.

Муаллифон муайян намуданд, ки дар 81,1% мавридҳо сабаби пайдоиши оризаи зикршуда саҳҳои таботатии услубии усули мебошанд.

Тарзи самараноки таҳлили баъдиҷарроҳии аворизи зикршуда таҳлиси ҳақиқатӣ ва лапароскопӣ мебошанд, ки барои саҳиҳои гузаронидани релапаротомия (шикамбурии такрорӣ) имконият фаро меоранд.

Summary

### CONTEMPORARY ASPECTS OF COMPLEX DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE BILIARY PERITONITIS

N.M. Daminova, K.M. Kurbonov

In the work the results of complex diagnostics and surgical treatment of 140 patients with postoperated biliar peritonitis were analyzed. The authors showed that in 81,1% of cases the cause of postoperated biliar peritonitis was tactical and technic medical mistakes. Effective method of yearly diagnostics of this complication is USR and laparoscopy which allows to make relaparotomy opportunely.

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ РАЗУЩЕМИВШИХСЯ ГРЫЖАХ ЖИВОТА

А.М. Раджабов

Кафедра хирургических болезней №1

**Введение.** Спорным и дискуссионным до настоящего времени остаётся вопрос хирургической тактики при разущемившихся грыжах живота. Однозначного решения тактики в этих случаях быть не может, поскольку оно предопределено характером морфологических изменений в ущемлённых органах, тяжестью состояния больного, наличием сопутствующих заболеваний, возможно, квалификацией хирурга [1,2]. С внедрением в хирургическую практику современных технологий в значительной степени изменилась и хирургическая тактика при указанной патологии [3-5].

**Цель исследования:** разработка хирургической тактики при разущемившихся грыжах живота с учётом современных достижений медицинской технологии.

**Материалы и методы.** Располагаем опытом диагностики и лечения 180 больных с разущемившимися грыжами живота, находившихся на лечении в клинике с 1995 по 2005 гг.: мужчин было 102 (56,6%), женщин - 78 (43,4%). Наиболее часто (51,1%) к самостоятельному вправлению были предрасположены паховые и срединные грыжи (31,6%). В большом количестве наблюдений