

основная группа - 463 больных леченной лимфотерапии и вторая - контрольная группа 174 больных леченной традиционным способом.

Вывод: Таким образом анализ результатов лапароскопических вмешательств с применением лимфатической терапии при различных патологиях органов брюшной полости показывает, что применение лапароскопической лимфатической терапии позволяет значительно снизить послеоперационное осложнение, летальность и достоверно сократить сроки стационарного пребывания больных по сравнению с контрольной группой пациентов.

ПРИВОДЯЩИЕ ПРИЧИНЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПРОТOKОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кадилов Ш.Н., Мусашайхов Х.Т., Кодиров М.Ш., Усмонов Х.К.

Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных с ятрогенным повреждением внепеченочных желчных протоков (ВЖП).

Материал и методы: в отделении абдоминальной хирургии Областной Многопрофильной Медицинской Центр и отделение экстренной хирургии Жалалкудукской района за период 2017 по 2022 годы находился на лечение 36 больной со «свежими» ятрогенными повреждениями ВЖП во время выполнения ЛХЭ. Возраст пациентов составил от 19 до 80 лет. Из них мужчин 10(26,4 %) и женщин 26 (73,6 %). 3 больных переведены из других клиник через 5- 10 суток после повреждения с желчным перитонитом. Интероперационная диагностика повреждений основывалась на появлении желчи в операционном поле; в послеоперационном периоде диагностика основывалась жалобы больного желтушности склеры, потемнение мочи, ахоличности кал, выделение желчи по дренажу, клинические признаки раздражения брюшины, симптомах механической желтухи, холангита. Для определения уровня повреждения применяли УЗИ, по показанием ЭРХПГ, фистулографию, КТ и МРХПГ.

Результаты. По характеру повреждения желчных протоков больные распределились следующим образом: пристеночное повреждение 17; полное пересечение 11; клипирование гепатикохоледоха 5; частично коагуляционной некроз 3.

В зависимости от сроков выявления травм желчных протоков больные разделены на 3 группы.

Повреждения, обнаруженные во время операции 9 больных. В этой группе операции закончены следующим образом: 8 больным наложены первичный шов холедоха на дренаже; 2 случаях произведена наружные дренирование общей желчных проток.

Повреждения выявлена на 4-9 сутки после операции 18 больных. В этой группе 3 больным с различным желчным перитонитом и при тонкостеночном холедохе произведена наружное дренирование желчных путей по методу Вишневого. 6 больным при полном клипировании гепатикохоледоха произведена удаление клипс и наружное дренирование на Т - образном дренаже в одном случае и наложение гепатикоюноанастомоза без дренажа-каркаса. У больной которой наложен Т -образный дренаж, отмечаются периодические атаки холангита. 8 больным на фоне диффузного желчного перитонита наложен гепатикоюноанастомоз на изолированной по Ру петли с хорошими результатами.

Повреждения, обнаруженные после выписки из стационара, через 2-4 недель после операции 8 больных. В этой группе больные поступали с явлениями механической желтухи, наружного желчного свища. После подготовки, стабилизации состояния выполнены различные виды гепатикоюноанастомоз по Ру петле.

Выводы: Наилучшие результаты получены при выполнении гепатикоюностомии на изолированной по Ру петле тонкой кишки. Ближайший послеоперационный период протекал гладко, больные выписаны на 8-12 сутки в удовлетворительном состоянии с нормальными показателями функции печени. Отдаленные результаты в течение 3-5 лет прослежены у 20 больных. Хорошие результаты получены у 12 больных, которым произведена гепатикоюностомия без дренажа каркаса. Удовлетворительный результат отмечен у 5 пациентов, которых после удаления дренажей из желчных протоков беспокоит периодические боли в правом подреберье, атаки холангита. У 4 больных которым произведена первичная пластика холедоха, в течение 6 -15 месяцев развилось сужение гепатикохоледоха, что потребовало эндоскопическое стентирование.

Заключение. При пристеночных ранениях ВЖП, выявленных во время операции, можно выполнить ушивание и дренирование на Т - образном дренаже через культю пузырного протока. При полном пересечении холедоха - выполнение первичной пластики, что почти в 100% случаев приводит к стенозу. Операцией выбора является бескаркасный гепатикоюноанастомоз, которой выполняется с прецизионной техники оперирования с применением монофильных шовных материалов.