

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТАДҚИҚОТЛАР

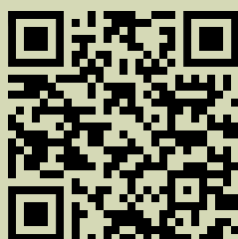
ISSN: 2181-404X
DOI Journal 10.56017/2181-404X

JOURNAL OF
EXPERIMENTAL
STUDIES

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

7-СОН

июль, 2023



IMFAKTOR

ISSN: 2181-404X
DOI Journal 10.56017/2181-404X

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТАДҚИҚОТЛАР ЖУРНАЛИ

I-ЖИЛД, 7-СОН

ЖУРНАЛ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ТОМ-I, НОМЕР-7

JOURNAL OF EXPERIMENTAL STUDIES
VOLUME-I, ISSUE-7

ТОШКЕНТ – 2023

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТАДҚИҚОТЛАР ЖУРНАЛИ

ЖУРНАЛ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ | JOURNAL OF EXPERIMENTAL STUDIES

№ 7 (2023) DOI <http://dx.doi.org/10.56017/2181-404X-2023-7>

Бош муҳаррир:

Касимов И. – тиббиёт фанлари доктори, профессор

Масъул муҳаррир:

Расулов Х. – физика-математика фанлари номзоди, доцент

Таҳририят аъзолари:

Мадумаров Т. – биология фанлари доктори, профессор

Хасанов Ф. – биология фанлари доктори, профессор

Алламуратов Б. – биология фанлари доктори, профессор

Исмаилов Қ. – физика-математика фанлари доктори, профессор

Раимова Г. – физика-математика фанлари доктори, профессор

Мирзакаримов А. – физика-математика фанлари номзоди, доцент

Рахимов Т. – кимё фанлари доктори, профессор

Каримова Д. – кимё фанлари номзоди, профессор

Боймирзаев А. – кимё фанлар доктори, доцент

Ходжанов И. – тиббиёт фанлари доктори, профессор

Зуфаров М. – тиббиёт фанлари доктори, профессор

Жалолова Д. – тиббиёт фанлари номзоди, доцент

Халимова З. – тиббиёт фанлари доктори, профессор

Нурходжаев А. – геология-минералогия фанлари доктори

Ахунджанов Р. – геология-минералогия фанлари доктори

Акрамова Н. – геология-минералогия фанлари номзоди

Хайдаров В. – фармацевтика фанлари номзоди, профессор

Урманова Ф. – фармацевтика фанлари доктори, профессор

Нуридуллаева К. – фармацевтика фанлари бўйича фалсафа доктори

Мазкур фанлараро илмий-амалий журнал Ўзбекистон Республикаси Президенти Администрацияси ҳузуридаги Ахборот ва оммавий коммуникациялар агентлиги томонидан 2022 йил 22 декабрь куни № 054835-сонли гувоҳнома билан оммавий ахборот воситаси сифатида давлат рўйхатидан ўтказилган.

Саҳифаловчи\Page Maker\Верстка: Абдурахмон Хасанов

Таҳририят манзили: <https://imfaktor.uz>, 100152, Тошкент шаҳри, Учтепа тумани, “Ватан” МФЙ, Чилонзор 24-мавзеси, 2/27-уй.

Телефон номер: +99894-410 11 55, E-mail: tahririyat@imfaktor.uz

© IMFAKTOR Pages, 2023 йил.

© Муаллифлар жамоаси, 2023 йил.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТАДҚИҚОТЛАР ЖУРНАЛИ

ЖУРНАЛ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ | JOURNAL OF EXPERIMENTAL STUDIES

Тиббиёт фанлари

АСКАРОВ Пулат Азадович

*Самаркандский государственный медицинский университет
Заведующий курсом миниинвазивной хирургии
Кандидат медицинских наук*

ХАЙИТОВ Лазиз Миллионерович

*Многопрофильная клиника Самаркандского
государственного медицинского университета
Ординатор хирургического отделения
<https://doi.org/10.5281/zenodo.8185383>*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

АННОТАЦИЯ

В статье описывается методика проведения наиболее информативного способа ревизии желчных протоков во время операции по поводу желчнокаменной болезни – интраоперационная холедохоскопия. Основу исследования составили 23 больных, оперированных по поводу осложненных форм желчнокаменной болезни – холедохолитиаза. Холедохоскопия позволяет детально обследовать проксимальные отделы гепатобилиарной системы, выявлять внутриспеченочный холелитиаз, оценивать состояние слизистой протоков, выраженность холангита, взятие биопсии, а также использовать ее не только с диагностической, но и лечебной целью. Применение интраоперационной холедохоскопии позволило в 20% случаев избежать повторных оперативных вмешательств. Приведены клинические примеры эффективности данного способа.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, желчные протоки, холедохолитиаз, холедохолитотомия, интраоперационная холедохоскопия, билиарная гипертензия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

АСКАРОВ Пулат Азадович

*Самарканд давлат тиббиёт университети
Миниинвазив хирургия курси мудири
Тиббиёт фанлари номзоди*

Хайитов Лазиз Миллионерович

*Самарканд давлат тиббиёт университетининг
куп тармокли клиникаси
Хирургия бўлими ординатори*

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА ИНТРАОПЕРАЦИОН ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИЯНИ САМАРАДОРЛИГИ

АННОТАЦИЯ

Маколада ўт тош касаллиги сабабли жаррозлик амалиёти пайтида ўт йулларини ревизия қилиш, энг информацион усули – интраоператив холедохоскопияни ўтказиш тасвирланган. Тадқикот ўт тош касаллиқнинг асоратланган шакллари – холедохолитиаз бўйича 23 жаррохлик амалиёт қилинган беморда асосланган. Холедохоскопия гепатобилиар тизимнинг проксимал қисмларни батавсил текшириш, интрагепатик холелитиазни аниқлаш, ўт йулларини шиллик қаватининг ҳолатини, холангитни оғирлигини баҳолаш, биопсия олиш, шунингдек, уни нафақат диагностика, балки терапевтик мақсадларда ҳам қўллаш имконини беради. Интраоператив холедохоскопиядан фойдаланиш 20% ҳолларда такрорий жаррохлик аралашувлардан қочиш имконини берди. Ушбу усулнинг самарадорлигини клиник мисоллари келтирилган.

Калит сўзлар: ўт тош касаллиги, ўт йуллари, холедохолитиаз, холедохолитотомия, интраоперацион холедохоскопия, билиар гипертензия, эндоскопик папиллосфинктеротомия.

ASKAROV Pulat Azadovich

Samarkand State Medical University

Head of the course of minimally invasive surgery

Candidate of medical sciences

HAYITOV Laziz Milionerovich

Multidisciplinary clinic of Samarkand

State Medical University

Surgical resident

EFFICIENCY OF INTRAOPERATIVE FIBROCHOLEDOCHOSCOPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS

ANNOTATION

The article describes the method of conducting the most informative method of revision of the bile ducts during surgery for cholelithiasis - intraoperative choledochoscopy. The study was based on 23 patients operated on for complicated forms of cholelithiasis - choledocholithiasis. Choledochoscopy allows you to examine in detail the proximal parts of the hepatobiliary system, detect intrahepatic cholelithiasis, assess the condition of the duct mucosa, the severity of cholangitis, take a biopsy, and also use it not only for diagnostic, but also for therapeutic purposes. The use of intraoperative choledochoscopy made it possible to avoid repeated surgical interventions in 20% of cases. Clinical examples of the effectiveness of this method are given.

Key words: cholelithiasis, bile ducts, choledocholithiasis, choledocholithotomy, intraoperative choledochoscopy, biliary hypertension, endoscopic papillosphincterotomy.

Актуальность проблемы. На фоне высокого роста желчнокаменной болезни (ЖКБ) отмечается и увеличение числа больных с холедохолитиазом, осложненного механической желтухой и составляет по данным различных авторов от 14 до 17% [1, 2, 4, 9]. Особую группу составляют больные с рецидивным или резидуальным холедохолитиазом, лечение которых является важнейшей задачей в хирургии, так как он является показанием для повторных и сложных оперативных вмешательств.

Важную роль в этом играет качество интраоперационной ревизии желчных путей с применением современных технологий [5, 8, 10].

В настоящее время, одним из самых информативных способов ревизии желчных протоков является интраоперационная холедохоскопия. Толчком к достаточно широкому использованию данной методики послужило появление волоконной оптики в виде фиброхоледохоскопов. В отличие от других способов диагностики холедохоскопия позволяет детально обследовать не только холедох, но и проксимальные отделы гепатобилиарной системы, выявлять внутривнутрипеченочный холелитиаз, оценивать состояние слизистой протоков, выраженность холангита, при необходимости дает возможность взятия биопсии, а также использовать ее не только с диагностической, но и лечебной целью [7].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с холедохолитиазом.

Материал и методы. В хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета интраоперационная холедохоскопия выполнена 23 больным. Основную массу больных составили лица старше 60 лет. Показанием к интраоперационной холедохоскопии служили «открытая» операция по поводу механической желтухи или желтуха в анамнезе, когда нельзя было провести эндоскопическую папиллосфинктеротомию, папиллотомию или папиллодилатацию.

После выполненной лапаротомии, ориентации в операционной ситуации анатомических составляющих, как правило, производили холецистэктомию. На достаточном протяжении выделяли холедох. Выполняли супрадуоденальную холедохотомию. Легко удаляемые камни извлекались. Хирург вводит дистальный конец холедохоскопа в просвет общего желчного протока, устанавливает его по центру просвета. Все дальнейшие манипуляции по проведению эндоскопа в дистальные и проксимальные отделы желчных путей, проводим под постоянным визуальным контролем (рис. 1).



Рис. 1. Интраоперационная холедохоскопия

Особенностью данного эндоскопического исследования является необходимость постоянного промывания протоков изотоническим раствором хлорида натрия. На одно исследование расходуется до 1 л жидкости. Жидкость должна вытекать из протока с постоянной аспирацией электроотсосом.

Эта методика позволяет избежать развития гипертензии в протоках, что важно при холангите и предотвращает затекание жидкости в протоки поджелудочной железы, способствуя возникновению панкреатита. Исследующий по мере постепенного проведения эндоскопа осматривает стенки протоков, обращая внимание на состояние слизистой оболочки, вид кровеносных сосудов, форму просвета протока. Особенно тщательно исследуем терминальный отдел и устье общего желчного протока.

В ряде случаев удается провести эндоскоп в 12-перстную кишку (ДК). Расширенный терминальный отдел характерен для органического стеноза большого сосочка ДК (БСДК). Осмотр общего желчного протока производится и при извлечении эндоскопа, тем самым проводится дополнительный осмотр холедоха и повышается качество исследования.

Удаление камней осуществляем под контролем зрения: через эндоскоп в проток проводится катетер типа Фогарти с резиновой манжеткой на конце, заводим его за конкремент, раздуваем манжетку до размера протока и извлекаем его вместе с конкрементом. Но чаще пользуемся складной корзинкой Dormia.

Осмотр проксимальных отделов желчевыводящих путей проводим всегда после полной ревизии их дистальных отделов. Конец эндоскопа вводится по направлению к воротам печени, последовательно осматривается общий печеночный проток, место слияния левого и правого печеночных протоков. Удастся исследовать сегментарные протоки второго – третьего порядка.



Рис. 2. Сегментарные протоки второго – третьего порядка

При осмотре внутрипеченочных протоков не требуется промывание их изотонической жидкостью, поскольку стенки протоков фиксированы к печени и просвет их зияет. Конкременты из протоков извлекаем тем же приемом, что и из общего желчного протока. Мы отказались от холедохохолангиоскопии через расширенный пузырьный проток, так как угол впадения пузырьного протока часто не дает возможности полноценно осмотреть проксимальные отделы желчевыводящих путей. На 23 эндоскопических исследования желчевыводящей системы осложнений не было.

Как пример приводим наблюдение. Больной Т., 47 лет поступил в хирургическое отделение 07.09.2022 года, через месяц с момента заболевания, когда впервые стали беспокоить боли в эпигастриальной области продолжительностью 2-3 часа и сопровождающиеся на следующие сутки небольшой иктеричностью склер.

За медпомощью практически не обращался. За двое суток до поступления боли усилились, появилась желтуха значительной интенсивности. При поступлении состояние средней степени тяжести. Общий билирубин 156 мкмоль/л. При ультразвуковом исследовании желчный пузырь 8,4 x 5,7 см, с утолщенными стенками и двойным контуром. Холедох 1,2 см, в нем имеется конкремент 1,3 см в диаметре. Диагноз: ЖКБ, острый калькулезный деструктивный холецистит, камень общего желчного протока, механическая желтуха. Проведено консервативное лечение и подготовка к операции. 08.09.2022 – операция. Желчный пузырь флегмонозно изменен, содержит большое количество гноя. Гепатодуоденальная связка инфильтрирована, пальпаторно в холедохе патологии не определяется, но он расширен до 1,5 см. Холецистэктомия от шейки.

Супрадуоденальная холедохотомия. Выделилось под давлением большое количество застойной желчи. Холедохоскопия. В ретродуоденальной части холедоха вклинившийся камень.

Корзинкой Дормиа камень удален. Холедохоскоп проведен в просвет ДК. При дополнительном осмотре желчевыводящих путей патологии нет. Операция закончена дренированием холедоха по Керу. Послеоперационный период без особенностей. Выздоровление. Из 23 исследований в 16 случаях были выявлены конкременты диаметром от 0,2 до 1,5 см произвольной формы (овальные, многогранные, круглые) находящиеся в терминальном отделе холедоха и удалены с помощью корзинки Дормиа.

Результаты и обсуждение. У 5 больных после выполненной холецистэктомии и проведенной интраоперационной холедохоскопии были обнаружены вклиненные конкременты в ампулярной части БСДК, что не позволяло технически провести за них инструмент и произвести их экстракцию в связи с чем, было принято решение о выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии на операционном столе. В 14 случаях просвет холедоха и внутривнутрипеченочные протоки были забиты фибрином и замаскообразной массой, которая была отмыта и удалена. У 2 пациентов выявлена опухолевая стриктура, что подтверждено гистологически. У 7 больных конкременты имелись во внутривнутрипеченочных протоках от 0,4 до 1,5 см в диаметре, которые были удалены корзинкой Дормиа. 17 больным интраоперационная холедохоскопия проводилась для контроля и профилактики «забытых» камней. Обоснованием этого послужило наличие у больных механической желтухи в анамнезе.

Больная У., 36 лет поступила в хирургическое отделение 21.05.2021. через 2,5 недели с момента заболевания, с клиникой острого холецистита, камня холедоха, механической желтухи, холангита. Всего ЖКБ пациентка страдает около 2,5 лет. Каждый болевой приступ сопровождался умеренной желтухой. После предоперационной подготовки на следующий день больная оперирована «открытым доступом».

Желчный пузырь содержит много камней. Холедох расширен, пальпаторно определяется камень. Холецистэктомия. Супрадуоденальная холедохотомия. Выделяется из холедоха гной и застойная желчь. Выдавливанием удален один камень. Зондом проверена проходимость холедоха. Зонд проходит в ДК. Дренирование холедоха по Керу. Холангиография. Снимок плохо читабелен, но контраст свободно проходит в ДК. После операции состояние больной улучшилось, но на протяжении 20 суток желчь полностью выделялась по дренажу Кера. Каловые массы без стеркобилина. Фистулография. Отчетливо виден камень в ретродуоденальной части холедоха (рис3.)

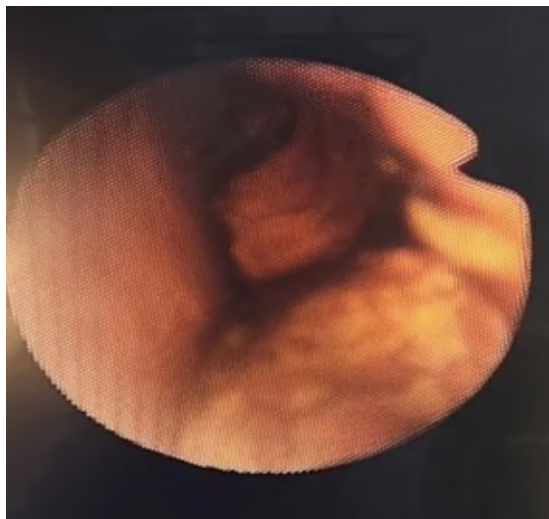


Рис. 3. Вклиненный камень в ретродуоденальной части холедоха

Папиллосфинктеротомия. Удален камень. Через двое суток отделяемое по дренажу Кера прекратилось. Контрольная холангиография. Камня нет. Пассаж контраста по желчевыводящим путям сохранен. Дренаж удален. Выздоровление.

Данный пример наглядно показывает, что отказ от интраоперационной холедохоскопии в ряде случаев может вести к тяжелым последствиям, требующим повторных вмешательств.

Выводы. Интраоперационная холедохоскопия при правильном выполнении является безопасным и надежным методом диагностики и лечения холедохолитиаза. Отказ от интраоперационной холедохоскопии при механической желтухе в пользу традиционных методов исследования желчных путей может привести к тактическим ошибкам.

ИҚТИБОСЛАР/СНОСКИ/REFERENCES

1. Аскарлов П.А. "Свежие" повреждениа внепеченочных желчных протоков / П. А. Аскарлов // Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковльчука. - 2018. - № 1. - С. 78-86. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/shpkhir_2018_1_15
2. Рустамов И.М., Рустамов М.И., Аскарлов П.А. Оптимальные методы хирургического лечения свежих повреждений магистральных желчных протоков. // Проблемы биологии и медицины. 2020, № 4,1 (121). Стр 165-170.
3. Возможности одноэтапной тактики лечения осложненной желчнокаменной болезни с использованием интраоперационной антеградной эндоскопической папиллосфинктеротомии в ургентной хирургии / Н. А. Алексеев, А. И. Баранов, Ю. В. Снигирев, А. Ю. Снигирев // Политравма. - 2019. - № 2. - С. 24-31.
4. Информативность интраоперационной холангиографии у больных острым холециститом / Е. В. Нишневич, А. В. Столин, И. В. Шелепов, М. И. Прудков // Украшський Журнал Хірургії. - 2013. - Т. 3, № 22. - С. 94.
5. Натрошвили, И. Г. Частота выявления холедохолитиаза у больных острым холециститом (по результатам ретроспективного многоцентрового исследования) / И. Г. Натрошвили, М. И. Прудков // Вестник ВолГМУ. - 2019. -№ 3 (71). - Url: <https://cyberleninka.ru/article/n/chastota-vyyavleniya-holedoholitiaz-a-u->
6. Тотиков В. З. Холецистохоледохолитиаз — тактика хирургического лечения / Тотиков В. З., Шулутко А. М., Тобоев Д. В. [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2020. - № 3. - Url: <https://cyberleninka.ru/article/n/holetsistoholedoholitiaz-taktika-hirurgicheskogo-lecheniya>.
7. Comparison of efficacy and safety of 4 combinations of laparoscopic and intraoperative techniques for management of gallstone disease with biliary duct calculi: a systematic review and network meta-analysis / Ricci C., Pagano N., Taffurelli G. [et al.] // JAMA surgery. - 2018. - Vol. 153 (7). - P. e181167-e181167. - Doi: 10.1001/jamasurg.2018.1167.
8. Garbarini A. Cost analysis of laparoendoscopic rendezvous versus preoperative ERCP and laparoscopic cholecystectomy in the management of cholecystocholedocholithiasis / Garbarini A., Reggio D., Arolfo S. [et al.] // Surgical Endoscopy. - 2017. - Vol. 31 (8). P. 3291-3296. - Doi: 10.1007/s00464-016-5361-4/.
9. Lammert F. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones / Lammert F., Acalovschi M., Ercolani G. [et al.] // Journal of Hepatology. - 2016. - Vol. 65 (1). - P. 146-181. - Doi.org/10.1016/j.jhep.2016.03.005.
10. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline / Manes G., Paspatis G., Aabakken L. [et al.] // Endoscopy. - 2019. - Vol. 51 (5). - P. 472-491. - Doi: 10.1055/a-0862-0346.

ISSN: 2181-404X
DOI Journal 10.56017/2181-404X

ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТАДҚИҚОТЛАР ЖУРНАЛИ

I-ЖИЛД, 7-СОН

ЖУРНАЛ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ТОМ-I, НОМЕР-7

JOURNAL OF EXPERIMENTAL STUDIES
VOLUME-I, ISSUE-7

«Экспериментал тадқиқотлар» электрон журнали 2022 йил 22 декабрь куни № 054835-сонли гувоҳнома билан оммавий ахборот воситаси сифатида давлат рўйхатидан ўтказилган.

Муассис: «IMFAKTOR Pages» масъулияти чекланган жамияти.

Таҳририят манзили: 100152, Тошкент шаҳри, Учтепа тумани, “Ватан” МФЙ, Чилонзор 24-мавзеси, 2-уй.

Телефон номер: +99894-410 11 55

Эл. почта: tahririyat@imfaktor.uz

Веб-сайт: www.imfaktor.uz