



## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПЕРИТОНИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**Арзиев Исмоил Алиевич - к.м.н.,  
доцент**  
**Рахманов Косим Эрданович - д.м.н.,  
доцент**  
**Равшанов Мухаммадали Ихтиёр  
угли магистр**

*Received 20<sup>th</sup> Nov 2023,  
Accepted 25<sup>st</sup> Dec 2023,  
Online 16<sup>th</sup> Jan 2024*

**Самаркандский государственный  
медицинский университет**

**Abstract:** Желчный перитонит, как осложнение острого деструктивного холецистита составило 7,1% и чаще всего (35,2%) развилось у больных пожилого возраста. По механизму развития в 67,1% наблюдался пропотной желчный перитонит с отсутствием патогномичных признаков катастрофы в брюшной полости.

**Key words:** Желчный перитонит, ЖКБ, ERAпоS.

### INTRODUCTION

Желчный перитонит, как осложнение острого деструктивного холецистита составило 7,1% и чаще всего (35,2%) развилось у больных пожилого возраста. По механизму развития в 67,1% наблюдался пропотной желчный перитонит с отсутствием патогномичных признаков катастрофы в брюшной полости. Оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения больных желчным перитонитом с использованием пункционных диапневтических методов, лапароскопии и трансдуоденальных эндоскопических вмешательств позволило улучшить результаты лечения в основной группе исследования, где осложнения в ближайшем послеоперационном периоде составили 16,3%, летальность 4,1% (в гр. сравнения-33,3% и 6,1% соответственно).

Желчный перитонит относится к наиболее тяжелым и прогностически неблагоприятным заболеваниям органов брюшной полости [1,5]. Частота желчного перитонита только при остром

калькулезном холецистите, по данным авторов, колеблется от 2,2 до 8,4 % [3,6,9]. Послеоперационная летальность колеблется от 17,4 до 28% [4,11]. Основная проблема желчного перитонита связана со скрытым течением на начальных этапах своего развития и поздней диагностикой. Это вызывает необходимость изучения причин, совершенствования методов диагностики и хирургического лечения больных с данной патологией. Руководствуясь причинами истечения желчи в брюшную полость, желчный перитонит можно подразделить на прободной и пропотной, деструкция и перфорация стенки желчного пузыря в первом случае и пропотевание - во втором [5,7]. Частота релапаротомий после операций составляет от 5,6 до 17 %, самой частой причиной релапаротомий после этих операций является продолжающийся и прогрессирующий желчный перитонит [2,10].

**Цель исследования.** Улучшение результатов хирургического лечения желчного перитонита у больных желчнокаменной болезнью.

**Материалы и методы исследования.** В хирургических отделениях 1-клиники Самаркандского государственного медицинского университета за последние 20 лет в период 2003-2023 г.г. прооперировано 5849 больных с холелитиазом, из них 1167 (19,9%) с острым деструктивным холециститом. Нами отмечено значительное увеличение (в 1,9 раза) числа оперированных больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) 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 – 2003-2012 г.г.) и 20,3% (773 больных – 2013 -2023 г.г.), т.е. примерно равное. Вместе с тем, значительно уменьшилась частота оперированных больных с перитонитом 8,4% (33) и 6,3% (49), как осложнения острого деструктивного холецистита - всего 82 (7,1%) больных.

Среди больных с перитонитом было 29,7% мужчин и 70,3% женщин, гендерное соотношение составило 1:2,5. Это же соотношение среди всех оперированных больных с ЖКБ составило 1:6, что подтверждает литературные данные о более сложном течении холелитиаза у лиц мужского пола. Превалировали пациенты в возрасте 60-74 лет – 35,2% и 45-59 лет – 28,2%. 8,3% пациентов были в возрасте старше 75 лет, 22,1% – 30-44 лет и 6,1% – до 29 лет. Средний возраст больных составил  $55,2 \pm 1,3$  лет.

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 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 требовали тщательной подготовки подобных больных для выполнения оперативных вмешательств. Сопутствующие заболевания имелись у 82 (62,6%) больных. Холангит, как осложнение основного патологического процесса, был выявлен у 67 больных (51,1%) больных.

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 2003-2012 гг., в комплексном лечении которых использовались стандартные общепринятые подходы. Во вторую группу (основную гр.) – 49, оперированные в период 2013-2023 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).

Клиническую форму перитонита определяли согласно классификации В.Д. Федорова и соавт. (2000 г).

**Результаты и их обсуждение.** По механизму истечения желчи в брюшную полость как осложнения острого деструктивного холецистита мы наблюдали две формы 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 стенки желчного пузыря. Пропотной желчный перитонит развивался на фоне деструктивного холецистита 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 отмечается значительное превалирование пропотного желчного перитонита

В развитии желчного перитонита, по мнению академика Ф.Г. Назирова (5), основополагающими являются характер, количество и скорость излияния желчи. Реакция брюшины и организма отличаются при массивном одномоментном излиянии желчи, медленном истечении или ее пропотевании. В первом случае разовьется абдоминальный шок, а при пропотевании желчи клинически это происходит незаметно (в наших наблюдениях из 27 больных с желчным прободным перитонитом 3 поступили в клинику в состоянии шока). Качество желчи также влияло на развитие патологического процесса вызываемого желчью. При эмпиеме желчного пузыря перфорация стенки не сопровождается шоком (в наших наблюдениях таких больных было 10). Распространение желчи по всей брюшной полости сопровождалось тяжелой шоковой реакцией. При излиянии и скоплении желчи в ограниченном пространстве нет четкой картины проявления перитонита.

Таким образом, в наших наблюдениях 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 ограниченный – у 46 (83,6%). Прободной желчный перитонит был у 27 (32,9%) больных, из них разлитой – у 10 (37,1%) и ограниченный – у 17 (62,9%).

У пациентом с прободным и пропотным желчным перитонитом при поступлении в стационар острое начало заболевания отмечено у 57 (69,5%) и постепенное нарастание – у 25 (30,5%).

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.

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.

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

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.

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

В основной группе больных проведены следующие виды операций:

– лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и дренирование подпеченочного пространства выполнено 9; – ЛХЭ и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) 4; ЛХЭ и дренирование подпеченочного пространства, ЭПСТ 3; – Микрохолецистостомия и пункции билом 11; –ХЭ из минилапаротомного доступа и холедохолитотомия, дренирование холедоха и подпеченочного пространства 6; – ХЭ и дренирование брюшной полости из открытого лапаротомного доступа 16 больным (табл 1).

У 11 пациентов основной исследуемой группы с острым деструктивным холециститом и отграниченным скоплением желчи произведена декомпрессия желчного пузыря посредством чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии (ЧЧМХС) и пункция биломы под контролем УЗИ. 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 потребовались 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 миниинвазивных вмешательств в основной исследуемой группе прооперированы 33 пациента (67,3%) с острым деструктивным холециститом осложненным различными формами желчного перитонита.

Наиболее грозным осложнением в контрольной исследуемой группе больных был абдоминальный сепсис, что явилось причиной летальных исходов у 2 больных, летальность составило 8,2%.

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

Различные гнойно-септические осложнения наблюдались у 11 больных группы сравнения, что составило 33,3%. При этом у 2 (6,1%) образовались биломы в подпеченочной области, которые дренированы реканализацией контрапертур. У 2 (6,1%) больных наблюдалось длительное желчеистечение из дренажных трубок установленных в подпеченочном пространстве, 4 (12,1%) пациентам проведены повторные операции по поводу продолжающегося перитонита, 1–вскрытие и дренирование 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 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 желчеистечение 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. У 1 больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс санированный повторными пункциями под контролем УЗИ. При продолжающемся перитоните проведена релапаротомия 1 больной, нагноение послеоперационной раны – у 5 больных.

#### **Выводы.**

1. Желчный перитонит, как осложнение острого деструктивного холецистита составило 7,1% и чаще всего (35,2%) развилось у больных пожилого возраста. По механизму развития в 67,1% наблюдался пропотной желчный перитонит с отсутствием патогномоничных признаков катастрофы в брюшной полости.

2. Оптимизация тактико-технических аспектов хирургического лечения больных желчным перитонитом с использованием пункционных диаплевтических методов, лапароскопии и трансдуоденальных эндоскопических вмешательств позволило улучшить результаты лечения в основной группе исследования, где осложнения в ближайшем послеоперационном периоде составили 16,3%, летальность 4,1% (в гр. сравнения-33,3% и 6,1% соответственно).

#### **Литература:**

1. Акимов В.П., Баталов И.Х., Творогов Д.А., Зенкова А.В. Послеоперационный желчный перитонит: профилактика и хирургическая тактика //Перитонит от А до Я (Всероссийская школа). –2016.–С. 66-67.
2. Врабие Е.Е., Ашевский В.В. Лечение желчных перитонитов// Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2017. – Т.7.– № 5.
3. Гумерова Г.Н., Нуриева А.И., Шайхутдинова А.М., Стяжкина С.Н. Билиарный перитонит – как осложнение хронического калькулезного холецистита // Столица науки.–2020.–№ 5.–С. 25-31.
4. Зубрицкий В.Ф., Гардашов Н.Т., Голубев И.В., Масленников Д.Г., Михопулос Т.А., Осипов И.С. Послеоперационный желчный перитонит : диагностика и хирургическое лечение // Медицинский вестник МВД.–2017.–№ 3.–С. 4-11.
5. Назыров Ф.Н., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р. Повреждения абберантных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии // Вестник экстренной медицины. –2019.–Т.12.–№ 5.
6. Стяжкина С.Н., Сайфуллина А.Р., Загидулина С.И. Осложнения холецистита //Синергия наук. –2017.–№ 10. – С. 818-822.
7. Чернокозинская С.В., Буланова Н.М. Ятрогенные повреждения желчных протоков: диагностика тактика, лечение // Трудный пациент. –2021. –Т.19. – № 3. – С. 52-55.
8. Budipranama V.S., Meilita M. Obstructive-type jaundice without bile duct dilTtion in generized peritonitis is a specific sign of spontaneous gall bladder perforation// Case Reports in Medicine. – 2020. –Т. 2020.
9. Namura R., Haruki K., Tsutsumi J., Takayama S., Shiba H., Yanaga K. Spontaneous biliary peritonitis with common bile duct stones: report of a case //Surgical case reports. – 2016. – Т.2. – № 1. – С. 1-4.

10. Lock. J.F., Eckmann C., Germer C.T. Characteristics of postoperative peritonitis // Der Chirurg; Zeitschrift für Alle Gebiete der Operativen Medizen.– 2016. – T.87. – № 3. – С. 52-55.
11. Staatz A.J. Peritonitis // The ICU book. – CRC Press, 2020. – С. 724-730.

CENTRAL ASIAN  
STUDIES