

Bayramov N.Y., Aslanova K.D., Rüstəm Ə.M.

XOLESİSTOXOLEDOXOLİTİAZIN CƏRRAHİ MÜALİCƏSİNƏ AÇIQ, LAPARO/ENDOSKOPIK VƏ BİRMƏRHƏLƏLİ LAPARO/XOLEDOXOSKOPIK YANAŞMALARIN NƏTİCƏLƏRİ

*Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər kafedrası,
Dövlət Gömrük Komitəsi Mərkəzi klinik hospitalının cərrahiyyə şöbəsi, Bakı*

Məqalədə xolesistoxoledoxolitiazla bağlı cərrahi müalicə edilmiş 217 xəstənin (orta yaş – 49,2±2,5; 19-84) müalicəsində açıq, laparo/endoskopik və birmərhələli laparo/xoledoxoskopik cərrahi metodların tətbiqinin nəticələri haqqında məlumat verilir.

Cərrahi müalicə taktikası 3 variantda aparılmışdır: klassik üsul (I qrup) – açıq xolesistektomiya (AXE), xoledoxotomiya, daşların təmizlənməsi, T-drenaj və ya yan yol əməliyyatları yerinə yetirilmişdir; ikimərhələli endoskopik-laparoskopik taktika (II qrup) – əməliyyatdan əvvəl endoskopik retrograd pankreatikoxolangiografiya (ERXPQ) və sfinkterotomiya (ST) üsulu ilə daşlar çıxarılmış, 2-3 gün sonra isə laparoskopik xolesistektomiya (LXE) edilmişdir.

Müəlliflər hesab edirlər ki, xolesistoxoledoxolitiazın cərrahi müalicəsinə birmərhələli cərrahi yanaşma daha yüksək və əlverişli postoperasion nəticələrinə görə ilk seçim əməliyyatı kimi tətbiq edilə bilər.

Açar sözlər: xolesistoxoledoxolitiaz, xoledoxoskopiya, xolangiografiya, xolesistektomiya, xoledoxolitotomiya

Ключевые слова: холецистохоледохолитиаз, холедохоскопия, холангиография, холецистэктомия, холедохолитотомия

Key words: cholecystocholeolithiasis, choledochoscopy, cholangiography, cholecystectomy, choledocholithotomy

Öddəşi xəstəliyi müəyyən edilmiş xəstələrin 10-15%-də (RF-də 21%-də, ABŞ-da 4%-də) diaqnostika prosesində və əməliyyat zamanı xoledoxolitiaz aşkar edilir [1-3]. Xolesistoxoledoxolitiazın cərrahi müalicə taktikası dəyişkəndir, çoxvariantlıdır və bu patologiyanın həllini tapmayan bəzi məsələlərinə görə elmi debatlar davam etməkdədir. Geniş tətbiq edilən müalicə variantlarına laparoskopik xolesistektomiyadan (LXE) və açıq xolesistektomiyadan (AXE) əvvəl və ya sonra endoskopik retrograd pankreatikoxolangiografiya (ERXPQ); AXE və ya LXE, xoledoxolitotomiya və ya yan yol əməliyyatları, az hallarda LXE və laparoskopik xoledoxoskopik litotomiya (LXSLT) aiddir. Keçirilmiş ERXPQ və LXE (AXE) və ya əks variantlarda xəstələr ikimərhələli cərrahi müalicəyə və təbii ki, ERXPQ-nin riskləri və ağırlaşmalarına məruz qalırlar [4-6].

Tədqiqat işi xolesistoxoledoxolitiazın açıq, laparo/endoskopik və birmərhələli laparo/xoledoxoskopik cərrahi müalicəsinin nəticələrini müqayisə etmək məqsədilə aparılmışdır.

Tədqiqatın material və metodları. Tədqiqat işində 2003-2016-cı illərdə Azərbaycan Tibb Universitetinin Tədris cərrahiyyə klinikası, Dövlət Gömrük Komitəsinin Mərkəzi klinik hospitalının cərrahiyyə şöbəsi və Bakı ş. Baş Səhiyyə İdarəsinin Klinik Tibbi Mərkəzinin I cərrahiyyə şöbəsində xolesistoxoledoxolitiazla bağlı cərrahi müalicə edilmiş 217 xəstənin (61 kişi, 156 qadın) müalicəsinin nəticələri araşdırılmışdır. Xəstələrin orta yaşı 49,2±2,5 (19-84) olmuşdur.

Orta kəmiyyətlərin müqayisəsi üçün Studentin t meyarı onlayn kalkulyatorla, uğursuz nəticələrin və ağırlaşmaların risk amilləri isə regression Kox metodu ilə hesablanmışdır. Statistik hesablamalar və təhlil SPSS Inc. statistik proqramının 22.0 versiyası vasitəsilə aparılmışdır.

Preoperativ müayinələr. Öddəşi xəstəliyi və ya bu xəstəliyə şübhə olan xəstələr protokol üzrə mərhələli müayinə edilmişdir (sxem 1). Müayinələr 2 prinsip üzrə qurulmuşdur: öd kisəsində iltihab, daşlar və ağırlaşmaların təyini; xoledoxun vəziyyətinin qiymətləndirilməsi. İlk mərhələdə klinik, laborator (ALT, AST, γ -QT, QF, α -amilaza, ümumi bilirubin və fraksiyaları) və ultrasəs (US) müayinələrinin nəticələri qiymətləndirilmişdir.

Növbəti mərhələdə xoledox patologiyasına şübhə səviyyəsinə uyğun müayinə planı seçilmişdir. Yüksək şübhə olduqda (sarılıq, kəskin xolesistit, xolestaz, pankreatit və xolangitin klinik-laborator əlamətləri, genişlənmiş xoledox, xoledoxdaxili exopozitiv kütlə) dəqiqləşdirici müayinə kimi maqnit-rezonans xolangioqrafiya (MRXQ)müayinəsi aparılmışdır. Orta şübhə hallarında (ALT, AST-nin aktivliyinin artımı, xolestaz enzimləri(γ -QT, QF) və bilirubinin normal göstəriciləri, normal diametrli xoledox) əməliyyatdaxili xolangioqrafiya (ƏdXQ) icra edilmişdir. Anamnezdə və (və ya) hazırda sarılıq, pankreatit, kəskin xolesistit, xolangit əlamətlərinə laborator dəyişikliklər olmayan, USM zamanı xoledox patologiyası aşkar edilməyən aşağı riskli xəstələrdə isə xoledox əməliyyatdaxili vizual dəyərləndirilmişdir. Əməliyyat vaxtı xoledoxun, kisə axarının genişlənməsi və kiçik daşlar (< 3 mm) müəyyən edildikdə ƏdXQ aparılmışdır.

Əməliyyat texnikası. Kəskin xolesistit, mexaniki sarılıq və xolangit olan xəstələr 12-24 saatlıq əməliyyatönü hazırlıqdan sonra cərrahi əməliyyat edilmişdir. Xolesisto-xoledoxolitiaz zamanı 3 növ cərrahi yanaşma tətbi edilmişdir: klassik açıq, ikimərhələli laparo/əndoskopik (və ya endo/laparoskopik) və birmərhələli laparo/xoledoxoskopik. Klassik açıq üsulda yuxarı orta və ya sağ qabırğaaltı kəsiklə xolesistektomiya, xoledoxotomiya, daşların təmizlənməsi, T-drenaj və ya yan yol əməliyyatları yerinə yetirilmişdir. İkimərhələli endo/laparoskopik üsulda əməliyyatdan əvvəl ERXPQ və əndoskopik papillosfinkterotomiya (EPST) ilə daşlar çıxarılmış, 2-3 gün sonra isə LXE edilmişdir. Daş(lar) laparoskopik əməliyyat vaxtı tapıldığı hallarda və ya xəstənin ümumi vəziyyətinin ağırlığına görə əməliyyatın həcmi artırılması məqsəduyğun hesab edilmədikdə transsistik (transxoledoxeal) kateter qoyulmuş, onun vəziyyəti stabilləşdikdən sonra (2-3 gün sonra) ikinci, əndoskopik əməliyyat (ERXPQ və EPST ilə daş(lar)ın xaric edilməsi) yerinə yetirilmişdir.

Birmərhələli laparo/xoledoxoskopik yanaşmada öd kisəsinin axarı disseksiya olunmuş transsistik (bu imkansız olduqda xoledoxotomik) girişdən fibroxoledoxoskopla (3 mm, 3,8 mm, 5 mm) ümumi öd axarı təftiş

olunmuşdur. Daşlar, palçıq, pambığabənzər kütlələr təzyiq altında su şırnağı ilə yuyulmaqla onikibarmaq bağırsağa qovulmuş, tutucular və ya basketlə çıxarılmış, pərcimlənmiş daşlar uroloji mexanik litotriptorla sındırılmış və xaric edilmişdir. Xoledoxoskopiya zamanı proksimal və qaraciyərdaxili od yollarına, həmçinin Oddi sfinkterinə mütləq qaydada baxılmışdır. Sonda kisə axarı klipslənmiş, kəsilmiş, XE edilmiş, xoledoxa T-drenaj qoyulmuşdur. Bütün xəstələrdə qaraciyərəlti sahə və ya kiçik piylik kisəsi drenaj edilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı aparma. İfrazat xaric olmadıqda və ya ödlü deyilsə qaraciyərəlti drenaj 1-2 gün sonra çıxarılmışdır. T-drenajlı xəstələrə 1 və 2 həftə sonra kontrastlı xolangioqrafiya çəkilmiş, reliktdaş(lar), distal striktur və öd sızıntısı olmadıqda, drenaj 1-2 gün müddətində bağlanmış, yeni klinik əlamətlər olmadıqda çıxarılmışdır.

Xəstələr 1,3,6 və 12 ay sonra kontrol klinik-laborator və US müayinələrindən keçmişlər.

Müqayisə meyarları. Nəticələr aşağıdakı göstəricilər üzrə müqayisə edilmişdir: əməliyyat və stasionar müalicə müddətləri, daş(lar)dan təmizlənmə dərəcəsi, ağırlaşmalar. Əməliyyat müddəti ilk kəsikdən son tikişə qədərki (duodenoskopun yeridilməsindən çıxarılmasına qədər) vaxt kimi qəbul edilmişdir. Ağırlaşmaların qiymətləndirilməsi üçün T92–Dindo təsnifatından [7] istifadə edilmişdir.

Daş(lar)ın təmizlənmə səviyyəsini qiymətləndirmək üçün xolangioqrafiya və əməliyyatdansonrakı nəticələr əsas götürülmüşdür. ERXPQ-dən sonrakı əməliyyatlarda, açıq və laparoskopik əməliyyatlar zamanı ƏdXQ (xoledoxoskopiya, rexoledoxoskopiya), sonuncu əməliyyatlardan 1-2 həftə sonra çəkilmiş T-xolangioqrafiya ilə xoledoxun təmizlənmə səviyyəsi və keçiriciliyi qiymətləndirilmişdir.

Nəticələr. Xəstələrdə sarılığa – 126 (58,1%), biliar sancılara – 82 (37,8%), kəskin xolesistitə – 67 (30,9%) və xoledoxun genişlənməsinə – 153 (70,5%) daha çox rast gəlinmişdir. Xolesistoxoledoxolitiazlı 189 xəstədə (87,1%) xoledoxun daş(lar)ı əməliyyatönü müayinələrlə, xüsusilə MRXQ ilə dəqiqləşdirilmiş, 28 xəstədə isə ERXPQ (14

xəstədə) və ya ƏDXQ zamanı (14) tapılmışdır. Xəstələrin əksəriyyətində çoxsaylı daşlar (155; 71,4%) tapılmış, pərçim daş 27 xəstədə (12,4%) görünmüşdür. Ümumi vəziyyətinə görə əksər xəstələr (153;70,5%) American Society Anaesthesiology (ASA) təsnifatı üzrə I-II ağırlıq dərəcəsinə uyğun olmuşdur. 76 xəstədə (35,0%) 1-dən 5-ə qədər müxtəlif yanaşı (somatik, cərrahi) xəstəliklər müəyyən edilmişdir. 7 qadın hamilə olmuşdur.

Açıq xolesistektomiya və xoledoxolitotomiyanın nəticələri. Açıq qrupun 81 xəstəsində (94,2%) daş(lar) tam təmizlənmişdir. Əksər xəstələrdə (90,7%) daşlar xoledoxotomik girişdən çıxarılmışdır. 5 xəstədə (5,8%) postoperativ xolangioqrafiya zamanı tapılmış daşlar ERXPQ ilə çıxarılmışdır. Əməliyyat müddəti 121,2±7,5 dəq, stasionar müalicə müddəti isə ən çox (8,2±2,7 gün) olmuşdur (cədvəl 1). Bu qrupda 28 xəstədə (32,55%) 51 ağırlaşma halına rast gəlinmişdir (cədvəl 2). Ən çox I-II dərəcəli ağırlaşmalar (30,2%) və cərrahi müdaxilə tələb edən hallar (III^b – 17,6%) baş vermişdir. Ümumiyyətlə, əməliyyat yarasının irinləməsi (17,6%),

yırıqlar (5,9%) və ağır sepsis (17,6%) daha çox rast gəlinən ağırlaşmalar olmuşdur. Ağırlaşmaların müalicəsi 3-cü cədvəldə verilmişdir.

3 xəstə (3,5%) ölmüşdür (ağır sepsis – 2, ağciyər arteriyasının tromboemboiyası – 1).

İkimərhələli laparo/endoskopik müalicənin nəticələri. İkimərhələli laparo/endoskopik və ya əksinə (endo/laparoskopik) müdaxilə olunmuş 51 xəstədə laparoskopiyadan əvvəl, 23-də isə açıq və laparoskopik əməliyyatlardan sonra ERXPQ+EPST edilmişdir. 62 xəstədə (83,8%) daşlar təmizlənmiş, 12-də isə qalmış (“unudulmuş”, tapılmamış) daşlar sonrakı müayinələrdə (laparoskopik və açıq ƏdXQ – 9, MR-XQ - 3) aşkar edilmişdir. Əməliyyat müddəti ən çox (142,0±9,25 dəq), stasionar müalicə müddəti isə 6,5±1,5 gün təşkil etmişdir.

Beləliklə, xolesistoxoledoxolitiazın cərrahi müalicə taktikalarının nəticələrinin müqayisəsinə görə birmərhələli LXE və LXLTL xoledoxdan daşçıxarma, əməliyyatmüddəti, stasionar müalicə müddəti, ağırlaşmaların

Cədvəl 1. Mühüm intra- və postoperasion göstəricilər

	Açıq XE və xoledoxotomiya n=86	ERXPQ+St və LXE n=74	LXE və xoledoxolitotomiya n=57
Daş(lar)ın çıxarılması	94,2% (81/86)*	83,8% (62/74)*	96,5% (56/57)*
Xoledoxotomiya	78/90,7	-	33/57,9
Transsistik	8/9,3	-	24/42,1
Əməliyyat müddəti (dəq)	121,2±7,5	142,7±9,25	114,0±6,0
Stasionar müalicə müddəti (gün)	8,2±2,7	6,5±1,5	2,3±0,6

*p<0,05 - qruplararası müqayisədə statistik fərq etibarlıdır

Cədvəl 2. Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmalar və onların rastgəlmə tezlikləri (T92-Dindo D. et al. təsnifatına görə, 2004)

	Açıq XE və xoledoxotomiya n=86	ERXPQ+EPST və LXE n=74	LXE və xoledoxoskopik litotomiya n=57
Ağırlaşmaların rastgəlmə tezliyi	32,6%	25,7%	14,0%
Ağırlaşmaların tezliyi	28 xəstədə 51	19 xəstədə 32	8 xəstədə 14
I dərəcəli ağırlaşmalar	16/31,4%	10/31,25%	12/85,7%
II dərəcəli ağırlaşmalar	10/19,6%	15/46,9%	2/14,3%
IIIa dərəcəli ağırlaşmalar	7/13,7%	3/9,4%	-
IIIb dərəcəli ağırlaşmalar	9/17,6%	4/12,5%	-
IV dərəcəli ağırlaşmalar	5/9,8%	-	-
V dərəcəli ağırlaşmalar	4/7,8%	-	-
Təkrar əməliyyatlar	4 /4,65%)	4 /5,4%	-

Cədvəl 3.Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların müalicə üsulları

Ağırlaşmalar	Müalicə növü (üsulu)
I dərəcəli ağırlaşmalar	
Hiperamilazemiya	Konservativ müalicə
Ödsızma	Aktiv gözləmə, spontan
Yara irinləməəsi	Yaranın açılması və yerli müalicə
Drenajın yerdəyişməsi	Drenajın çıxarılması və aktiv gözləmə
Atelektaz	Fizioterapiya
II dərəcəli ağırlaşmalar	
Pankreatit	Konservativ müalicə
Pnevmoniya	Antibiotiko-, vitaminoterapiya, ümumi müqavimət artırıcı müalicə
Tromboflebit	Antikoagulyant terapiyası və yerli kompressiya (elastik corab)
Sidik yollarının infeksiyası	Antibiotikoterapiya
III^a dərəcəli ağırlaşmalar	
Mədə-bağırsağ qanaxması	Endoskopik koagulyasiya, skleroterapiya
Qarındaxili absess	Perkutan drenaj
Ödsızma/bilioma	Aktiv gözləmə, endoskopik stent yerləşdirilməsi
III^b dərəcəli ağırlaşmalar	
İntrabdominal qanaxma	Relaparotomik (relaparoskopik) hemostaz
Bağırsağ zədələnməsi	Relaparotomiya, perforasiyanın tikilməsi
Onikibarmaq bağırsağın yatrogen zədələnməsi	Laparotomiya, perforasiyanın tikilməsi; perforasiyanın tikilməsi və diversiyon drenajlar (xoledoxostomiya, yeyunostomiya, qastrostomiya) -1
Eventrasiya	Relaparotomiya və prolen yamaq
Kəskin bağırsağ keçməzliyi	Relaparotomiya və bitişmənin kəsilməsi
IV dərəcəli ağırlaşmalar	
Ağır sepsis və orqan (multiorqan) çatmazlığı	Reanimasoin müalicə

rastgəlmə tezliyi nöqtəyi-nəzərindən digər 2 operativ yanaşmalarla müqayisədə daha üstündür. Açıq qrupda yara ağırlaşmaları, stasionar müalicə müddətinin uzanması, ağır dərəcəli ağırlaşmalar və letallıq çox olur, ikimərhələli laparo/endoskopik üsulda isə daşçıxarma effektivliyi az, pankreatit, onikibarmaq bağırsağın zədələnməsi və EPST qanaxmaları riski isə yüksəkdir.

Müzakirə. 2000-ci ilin əvvəllərinə qədər mexaniki sarılıqlı xəstələrdə açıq əməliyyatlar (xolesistektomiya, xoledoxolitotomiya, T-drenaj qoyulması və ya yan yol əməliyyatları (xoledoxoduodeno(yeyuno)anastomoz) və ikimərhələli endo/laparoskopik (ERXPQ±EPST, sonra LXE) və ya əksinə, yəni laparo/endoskopik əməliyyatlar aparıcı mövqeyə malik idi. Bəzi xəstələrdə duodenumun və Vater məməciyinin anomaliyaları, böyük duodenal məməciyin (BDM) və ümumi öd axarının distal stenozu (strikturu), keçirilmiş mədə əməliyyatları endoskopik metodun icrasını mümkünsüz edirdi. Digər tərəfdən, ikimərhələli əməliyyatlar təkrar anesteziya riski və ağırlaşmaları, əməliyyatdan sonrakı

ağırlaşmalar, müalicə və tibbi reabilitasiya müddətlərinin uzanması, əlavə maliyyə xərcləri kimi ciddi qüsurları ilə seçilir. Birmərhələli əməliyyatlar bu problemlər yaşanmadığına və iqtisadi səmərəliliyinə görə daha perspektivlidir.

Konkret olaraq, bizim tədqiqatda daşların ən uğurlu eradikasiyası (96,5%) LXE+xoledoxoskopik xoledoxolitotomiya qrupunda, cərrahi əməliyyat müddəti ən çox ikimərhələli əməliyyatlarda (laparo/endoskopik və ya endo/laparoskopik), stasionar müalicə müddəti (6-12gün) və ağırlaşmaların tezliyi ən çox açıq qrupda müəyyən olunmuşdur. ERXPQ-dən sonra 5 xəstədə xoledox daşlarının qalması, onların diaqnostikası və təmizlənməsi üçün təkrar əməliyyatların aparılması iqtisadi baxımdan ən əlverişsiz variantdır. Bu variantı digər müəlliflər də uğursuz hesab edirlər [8].

Diaqnostika məqsədilə ERXPQ son onilliklərdə klinik əhəmiyyətini itirmişdir [5, 9]. AXE- və ya LXE-önü və ya sonrası müalicəvi ERXPQ və EPST-nin yalnız çoxriskli xəstələrdə, məsələn, xolangit və ya ağır pan-

kreatitlərdə, BDM-in və xoledoxun distal hissəsinin bəzi üzvi patologiyalarında (stenoz, striktur, hissəvi divar zədələnmələri və s.), yəni birmərhələli əməliyyatlar zamanı operativ korreksiyası mümkün və ya məqsədəuyğun olmayan patoloji vəziyyətlərdə tətbiqi tövsiyə edilir. Bu xəstələrdə dekompresiya və detoksikasiya məqsədilə icra edilmiş ERXPQ həmçinin əməliyyatönü endoskopik drenaj rolu oynayır [9].

Son illərdə aparılmış tədqiqatların nəticələrinə görə daşların xoledoxdan laparoskopik xaric edilməsi ERXPQ və EPST yolu ilə endoskopik cərrahıqla müqayisədə birmənalı effektiv və səmərəlidir [5, 10]. Bu tədqiqatın ilk illərində (2003-2010) ikimərhələli, sonrakı illərdə isə birmərhələli laparo/xoledoxoskopik əməliyyatların icra tezliyi artmışdır. Belə ki, ilk dövrdə nisbət 89:17 (5,2:1), II dövrdə (2011-2016) isə 71:30 (2,3:1) olmuş, yəni 2,26 dəfə birmərhələli əməliyyatların lehinə dəyişmişdir.

Dexing Chen et al. (2015) 1997-ci ilə qədər AXE əməliyyatı zamanı xoledoxotomiya icra etmiş, daş(lar)ın çıxarılmasından sonra klassik T-drenajı qoymuşlar. 1997-ci ildən 2012-ci ilə qədərki dövrdə bu müəlliflər LXE əməliyyatları zamanı 1385 laparo/xoledoxoskopik litotomiya və T-drenaj qoyulması əməliyyatını yerinə yetirmişlər. T-drenajla bağlı xəstələrdə yeni problemlərin (ödsızma, öd peritoniti, öd absesi və s.) aradan qaldırılması üçün 2012-ci ildən tək əməliyyat sistemində (LXE+LXT+LXS nəzərəti altında daşların çıxarılması+birincili xoledox tikişləri) keçmiş və böyük uğurlar qazanmışlar [11]. Biz laparo/xoledoxoskopik və açıq qruplarda göstərişlər (BDM-in stenozu, xoledoxun terminal strikturu) olduqda sonrakı ERXPQ və EPST-nin icrasını asanlaşdırmaq məqsədilə 17 xəstədə cərrahi əməliyyatı T-drenaj qoymaqla yekunlaşdırmışdıq (laparo/xoledoxoskopik qrup – 11, açıq qrup - 6).

Qaraciyərdənkənar öd yollarının xoledoxoskopla təftişi və daşların təmizlənməsi effektiv əməliyyat metodu olsa da, onun texniki çətinlikləri və cihazın bahalıqlığı geniş tətbiqə ciddi əngəllər törədir [5, 19]. Nəinki laparoskopik, hətta açıq əməliyyatlar zamanı xoledoxoskopu ümumi qaraciyər və qaraciyər axarlarına doğru istiqamətləndirmək, onların

və intrahepatik öd yollarının müayinəsini aparmaq olduqca çətinidir. Bu ilk növbədə kisə axarının ümumi öd axarına açıldığı yerdən proksimal tərəfdə (ümumi qaraciyər axarının distal hissəsində) qapaq rolu oynayan arakəsmə olması və alətin aşağıdan yeridilməsi üçün zəruri əməliyyat sahəsinin azlığı, o cümlədən əksər xoledoxoskopların distal hissəsində onların əyilgənliyini təmin edən yönləndiricinin olmaması və ya sonuncunun tez-tez sıradan çıxması ilə əlaqədardır [11]. Bu səbəblərə görə, Dexing Chen et al. (2015) LXS zamanı xəstələrin yalnız yarısına qədərində (47%) proksimal və intrahepatik öd yollarının xoledoxoskopik təftişini apara bilməmişlər [11]. Biz 32 xəstədə (56,1%) proksimal öd axarlarınaxoledoxoskopik baxış keçirmişik. 14 xəstədə (24,6%) həmin seqmentlərdə müayinənin aparılmasına əsaslar olmamışdır. Digər tərəfdən, bu xəstələrdə və proksimal xoledoxoskopiyaya aparılması mümkün olmayan daha 11 xəstədə distal xoledoxoskopiyadan sonra kontrastlı XQ yerinə yetirildiyinə görə proksimal və intrahepatik yolların xoledoxoskopiyasına zərurət yaranmamışdır.

Azsayılı populyasiyada təkmərhələli müalicə taktikasının təhlükəsizliyi və effektivliyi qismən öyrənilmişdir və ədəbiyyat məlumatlarına görə öd axarlarının daşlarının təmizlənməsi 85,0-97,3%, ağırlaşmaların tezliyi 3,7-33,0%, ümumi letallıq 0,3-0,8% hədlərindədir [12-15]. Daşların təmizlənmə tezliyi bizim müvafiq qrupda 96,5%, əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların tezliyi 14,0% (onların hamısı T92 Dindo-Clavien təsnifatına görə I və II dərəcəli) olmuş, letal nəticə baş verməmişdir.

Təcili hallarda və yaşlı xəstələrdə metodun səmərəliliyi, təhlükəsizliyi haqqında elmi məlumatlar demək olar ki, yoxdur. Hətta ingilisdilli elmi mətbuatda yaşlılarda bu əməliyyatın nəticələrinə dair cəmi 1 elmi məqaləyə rast gəldik. Vishal G. et al. (2015) Sinqapur Milli Universitetinin Akademik institutunda yaşlı (>70 yaş) 88 xəstənin laparo/xoledoxoskopik litotomiya müalicəsinin retrospektiv nəticələrini əks etdirən irihəcmili icmalında (2005-2009) bu üsulun üstünlüklərini müqayisəli surətdə öyrənmişdir [16]. Biz təcili surətdə 12 xəstədə (kəskin xolesistit), 70 yaşdan yuxarı 7 xəstədə LXE

və LXSLT, onlardan müvafiq surətdə 3-də və 2-də laparoskopik yan yol əməliyyatı yerinə yetirmişik. Bu xəstələrdə daşçıxarma səviyyəsi 83,3% (10 xəstədə) və 100% (7 xəstədə) olmuşdur [16].

Əməliyyatın ERPXQ və EPST, sonra LXE ilə müqayisədə birmomentli laparo/xoledoxoskopik litotomiya və LXE-nin nəticələrinə həsr olunmuş 1 randomizə olunmuş tədqiqatda [4] eynimomentli əməliyyatların üstünlükləri, müalicə xərclərinin və stasionar müalicə müddətlərinin azalması göstərilmişdir. Randomizə olunmuş son tədqiqatlardan birində [17] ERXPQ+LXE ilə müqayisədə eynimomentli LXSLT və LXE əməliyyatlarının stasionar müalicə müddətlərini azaltması göstərsə də, müalicə xərclərinin fərqi öyrənilməmişdir. Lakin bu tədqiqat işində LXSLT ilə müqayisədə açıq XLT-dən sonra maliyyə xərclərinin çoxluğu açıq əməliyyatın travmatikliyi, uzun müddətliliyi, yanaşı ciddi xəstəliklərin mövcudluğu və stasionar müalicə müddətlərinin dəfələrlə çox olması ilə əlaqələndirilmişdir. Bizim tədqiqatlar birmərhələli laparo/xoledoxoskopik əməliyyatların müsbət nəticələrini, üstünlüklərini və təbii ki, çətinliklərini və qüsurlarını bir daha təsdiq etmişdir.

Tədqiqata cəlb edilmiş xəstələrdən 134-ü özəl və Universitet xəstəxanalarında müalicə olunduğundan 2016-cı ilin mühasibat hesabatları əsasında qruplar üzrə maliyyə xərcləri hesablanmışdır. Birmərhələli laparo/xoledo-

xoskopik qrupda maliyyə xərcləri 930-1300 (orta hesabla 1125±24,95), ikimərhələli açıq qrupda cəmi 1800-2300 (orta hesabla 2050±31,5), laparo/endoskopik qrupda isə cəmi 1850-2400 manat (orta hesabla 2210±29,0 manat) təşkil etmişdir. Son hesablamaların nəticələrinə görə, laparo/xoledoxoskopik qrupun xəstələrinin ümumi maliyyə xərcləri 1,94 dəfə aşağı olmuşdur.

Nəticələr

1. Digər qruplarla müqayisədə birmərhələli laparo/xoledoxoskopik qrupun xəstələrinə daşların eradikasiyası tezliyi yüksəkliyi ilə seçilmişdir: 94,2% (açıq) və 83,8% (laparoendoskopik qrup) qarşı 96,5%;
2. Digər əməliyyat qrupları ilə müqayisədə birmərhələli laparo/xoledoxoskopik qrupun xəstələrində əməliyyatın, müalicənin texniki parametrləri (əməliyyat müddəti, stasionar müalicə müddəti) və keyfiyyət göstəriciləri (ağırlaşmaların tezliyi və ağırlıq dərəcəsi, təkrar cərrahi müdaxilə tələb etmə səviyyəsi, ümumi letallıq) xeyli əlverişli olmuşdur. Laparo/xoledoxoskopik qrupda endoskopik, relaparoskopik və ya laparotomik vasitələr tələb edən T92 Dindo-Clavien təsnifatına görə, III-V dərəcəli ağırlaşmalar inkişaf etməmişdir;
3. Laparo/xoledoxoskopik qrupun xəstələrinin diaqnostika-müalicə prosesinə sərf etdikləri ümumi maliyyə xərcləri 1,94 dəfə aşağı olmuşdur.

ƏDƏBİYYAT

1. Menezes N., Marson L.P., de Beaux A.C., Muir I.M., Auld C.D. Prospective analysis of a scoring system to predict choledocholithiasis // *Br J Surg.* 2000;87:1176–1181
2. Borzellino G., Rodella L., Saladino E., Catalano F., Politi L., Minicozzi A., Cordiano C. Treatment for retained [corrected] common bile duct stones during laparoscopic cholecystectomy: the rendezvous technique // *Arch Surg.* 2010;145:1145–1149
3. Пауткин Ю.Ф., Климов А.Е. Хирургия желчных путей / Москва: ООО «Медицинское информационное агентство». – 2007. – 368 с.
4. Christensen M., Matzen P., Schulze S., Rosenberg J. Complications of ERCP: a prospective study // *Gastrointest Endosc.* 2004;60(5):721–731
5. Bayramov N.Y., Qədirova A.S. Xolesisto-xoledoxolitiazın müalicəsində müasir istiqamətlər // *Cərrahiyyə, 2011, № 2, 46-49*
6. Gupta N. Role of laparoscopic common bile duct exploration in the management of choledocholithiasis // *World J Gastrointest Surg.* 2016 May 27; 8(5): 376–381
7. Dindo D., Demartines N., Clavien P-A. Classification of Surgical Complications. A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey // *Annals of Surgery.* Vol. 240. No 2. August 2004. -205-213
8. Cuschieri A., Lezoche E., Morino M. et al. E.A.E.S. multicenter prospective randomized trial comparing two-stage vs. single-stage management of patients with gallstone disease and ductal calculi // *Surg Endosc.* 1999;13:952–957
9. Polkowski M., Regula J., Tilszer A., Butruk E. Endoscopic ultrasound versus endoscopic retrograde cholangiography for patients with intermediate probability of bile duct stones: a randomized trial comparing two management strategies // *Endoscopy.* 2007;39:296–303

10. Varban O., Assimios D., Passman C., Westcott C. Videolaparoscopic common bile duct exploration and holmium laser lithotripsy: a novel approach to the management of common bile duct stones // *Surg Endosc.* 2010;24(7):1759–1764
11. Dexing Ch., Andong Zh., Zhibo Zh. Laparoscopic Transcystic Choledochotomy with Primary Suture for Choledocholithiasis // *JSLs.* 2015 Jan Mar; 19(1):e2014.00057. doi: 10.4293/JSLs.2014.00057. PMID: PMC4379863
12. Neoptolemos J.P., Carr-Locke D.L., Fossard D.P. Prospective randomised study of preoperative endoscopic sphincterotomy versus surgery alone for common bile duct stones // *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987; 294(6570):470–474
13. Lien H.H., Huang C.C., Huang C.S., Shi M.Y., Chen D.F., Wang N.Y. et al. Laparoscopic common bile duct exploration with T-tube choledochotomy for the management of choledocholithiasis // *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2005;15(3):298–302
14. Tang C.N., Tsui K.K., Ha J.P., Siu W.T., Li M.K. Laparoscopic exploration of the common bile duct: 10-year experience of 174 patients from a single centre // *Hong Kong Med J.* 2006;12(3):191-196
15. Tinoco R., Tinoco A., El-Kadre L., Peres L., Sueth D.. Laparoscopic common bile duct exploration // *Ann Surg.* 2008;247(4):674–679
16. Vishal G. Sh., Vincent J. M. Ch., Keem J. Low Common Bile Duct Exploration in an Elderly Asian Population // *Int Surg.* 2015 Feb; 100(2): 261–267
17. Rogers S.J., Cello J.P., Horn J.K., et al. Prospective randomized trial of LC+LCBDE vs ERCP/S+LC for common bile duct stone disease // *Arch Surg.* 2010;145(1):28–33

Байрамов Н.Ю., Асланова К.Д., Рустам А.М.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТЫХ, ЛАПАРО/ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И ОДНОЭТАПНЫХ ЛАПАРО/ХОЛЕДОХОСКОПИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Кафедра хирургических болезней-I Азербайджанского Медицинского Университета,
Отделение хирургии Центрального клинического госпиталя Таможженного комитета, Баку*

Резюме. В статье представлены результаты исследования, проведенного с целью сравнительного изучения результатов открытых, лапаро/эндоскопических и одноэтапных лапаро/холедохоскопических хирургических методов в лечении холецистохоледохолитиаза.

Исследование показало, что по сравнению с двухэтапными операциями (открытые и лапаро/эндоскопические), одноэтапная лапаро/холедохоскопическая тактика имеет такие преимущества, как снижение продолжительности операции, сроков госпитализации больных и уменьшение частоты послеоперационных осложнений, более высокую степень извлечения камней из общего желчного протока; указанный метод может применяться в качестве первого выбора для хирургического лечения холецистохоледохолитиаза.

Bayramov N.Y., Aslanova K.D., Rustam A.M.

COMPARISON OF OPEN, LAPARO-ENDOSCOPIC AND ONE-STAGE LAPAROCHELEDOCHOSCOPIC APPROACHES FOR TREATMENT OF GALLBLADDER AND COMMON BILE DUCT STONES

*Department of Surgical diseases-1, Azerbaijan Medical University,
Department of Surgery Central Custom Hospital, Baku*

Summary. The article presents the results of a study carried out for the purpose of comparative study of the results of open, laparoscopic endoscopic and single-stage laparo-choledochoscopic surgical methods in the treatment of cholecystocholedocholithiasis.

The study showed that in comparison with two-stage operations (open and laparoscopic endoscopy), one-stage laparocholedochoscopic tactics have such advantages as a reduction in the duration of the operation, the length of hospitalization of patients and a decrease in the frequency of postoperative complications, a higher degree of extraction of stones from the common bile duct, and can be used as a the first choice for surgical treatment of cholecystocholedocholithiasis.

E-mail: adrust@mail.ru

Rəyçi: tibb ü.e.d. Şirinov Z.T.