

Клиническая медицина

ՀՏԴ 616.36-089.87

DOI:10.54503/0514-7484-2023-63.1-130

Լեղային բարդությունների առաջացման պատճառները և բուժումը լյարդի մասնահատումների դեպքում

Հ. Ա. Բարսեղյան^{1,2}, Ա. Ա. Ոսկանյան^{2,3}, Ռ. Մ. Կուրդինյան^{1,2},
Ա. Ս. Գալումյան², Հ. Վ. Հարությունյան^{1,2}, Դ. Ի. Պետրոսյան^{1,2}

¹Մ. Հերացու անվան ԵՊԲՀ, ընդհանուր վիրաբուժության ամբիոն

²«Նատալի Ֆարմ» ՍՊԸ, «Աստղիկ» բժշկական կենտրոն
0032, Երևան, Դ. Վարուժանի փ., 28/1

³Մ. Հերացու անվան ԵՊԲՀ, էնդոսկոպիկ և էնդոկրին վիրաբուժության ամբիոն
0025, Երևան, Կորյունի փ., 2

Բանալի բառեր. լյարդի մասնահատում, լեղահոսություն, լեղային կուտակում, միջմաշկային դրենավորում

Ներածություն

Վերջին տասնամյակներին բժշկագիտության զարգացման շնորհիվ զգալիորեն նվազել է լյարդի մասնահատումների ժամանակ բարդությունների և մահացության հաճախականությունը: Նոր տեխնոլոգիաների ի հայտ գալը, վիրահատական տեխնիկայի կատարելագործումը, դեղորայքային բազայի հարստացումը թույլ են տալիս նվազեցնել ներվիրահատական արյունահոսությունների, լյարդային անբավարարության, ինչպես նաև թարախաբորբոքային բարդությունների թիվը [9,12]: Սակայն լյարդի մասնահատումների ժամանակ լեղային բարդությունների հաճախականությունը, ըստ տարբեր հեղինակների, մինչև այժմ 3-14% է [2,8], իսկ եթե կատարվում է նաև միջամտություն արտալյարդային ծորանների վրա, ապա այն կարող է հասնել 30%-ի [4]: Սկսված լեղահոսությունը կարող է առաջացնել պրոցեսի սահմանափակում, լեղային կուտակում, հետագա թարախաբորբոքային բարդություն՝ նպաստելով լյարդային անբավարարության զարգացմանը և մահացության հավանականության մեծացմանը [13-15]:

Նպատակն է լյարդի մասնահատումների դեպքում ախտորոշել լեղահոսության և լեղային կուտակումների առաջացման պատճառները, որոշել բուժման արդյունավետ ուղիները:

Նյութը և մեթոդները

Վերլուծվել են 2011-2021 թթ. լյարդի մասնահատման ենթարկված 185 պացիենտի բուժման արդյունքները. հաշվի են առնվել բացառապես արմատական վիրահատության դեպքերը: Նրանց տարիքը տատանվել է 18-75-ի սահմաններում, միջինը՝ 52 տարեկան: Տղամարդիկ կազմել են պացիենտների 47%-ը (n=87), կանայք՝ 53%-ը (n=98): Պացիենտների բաշխումը, ըստ հիվանդությունների, ներկայացված է աղյուսակ 1-ում:

Աղյուսակ 1

Պացիենտների բաշխումը՝ ըստ հիվանդությունների

Հիվանդություն	Թիվ (%)
Տարբեր ուռուցքների մետաստազ	95 (51,3)
Հեմանգիոմա	41 (22,2)
Հեպատոցելուլյար քաղցկեղ	8 (4,3)
Խոլանգիոկարցինոմա	4 (2,15)
Ալվեոկոկոզ	7 (3,8)
Էխինոկոկոզ, ցիստադենոմա, գամարտոմա, թարախակոյտ, տարածուն պատռվածքներ և այլն	26 (14,1)
Դոնորի ԱՀՀԷ	4 (2,15)
Ընդհանուր	185

Վիրահատական միջամտությունների ցանկը ներկայացված է աղյուսակ 2-ում:

Աղյուսակ 2

Վիրահատական միջամտություններ

Վիրահատություն	Թիվ (%)
ԱՀՀԷ	64 (34,6)
ՉՀՀԷ	16 (8,6)
ԼԱՀՀԷ	5 (2,7)
ՁԼՀԷ	25 (13,5)
ԼՉՀՀԷ	3 (1,6)
ԱՄ < 3 սեզմենտ	66 (35,7)
ԱՄ > 3 սեզմենտ	6 (3,3)
Ընդհանուր	185

Ծանոթություն. ԱՀՀԷ՝ աջակողմյան հեմիհեպատեկտոմիա, ՉՀՀԷ՝ ձախակողմյան հեմիհեպատեկտոմիա, ԼԱՀՀԷ՝ լայնածավալ աջակողմյան հեմիհեպատեկտոմիա, ՁԼՀԷ՝ ձախակողմյան լատերալ հեպատեկտոմիա, ԼՉՀՀԷ՝ լայնածավալ ձախակողմյան հեմիհեպատեկտոմիա, ԱՄ՝ ատիպիկ մասնահատում:

Լյարդի մասնահատման հիմնական ցուցումները մեծ չափերի հեմանգիոմներն ու մետաստատիկ պրոցեսն են, ընդ որում վերջինիս դեպքում մեծամասնությունը կազմել են հաստ և ուղիղ աղիքի չարորակ ուռուցքները:

113 պացիենտի կատարել են անատոմիական մասնահատում, 72-ի՝ ատիպիկ: Որովայնի խոռոչի օրգանների վրա սիմուլտան միջամտություն արվել է 16 դեպքում (8,6%): Հիմնականում միջամտությունները կատարվել են հաստ աղիքի ուռուցքի, իսկ վերականգնողականները՝ արհեստական սրբանի պատճառով: Լյարդի մասնահատման հետ համատեղ ռադիոհաճախային աբլյացիա կատարվել է 12 դեպքում (6,5%):

Լյարդի մասնահատման տեխնիկան: Մասնահատումների տեսակավորումը կատարվել է ըստ միջազգային դասակարգման [16]: Անատոմիական մեծածավալ (հեմիհեպատեկտոմիա, լայնածավալ հեմիհեպատեկտոմիա) մասնահատումները հիմնականում սկսվել են դոներակի, զարկերակի և լյարդային երակների համապատասխան ճյուղերի մերկացումից ու կապումից: Լեղածորանի ճյուղը մերկացվել և կապվել է կամ մինչև պարենքիմի հատումը, կամ ներպարենքիմային՝ կախված անատոմիական առանձնահատկությունից, որը հիմնականում որոշվում է նախափրահատական ՄՌՏ-խոլանգիոգրաֆիայի ընթացքում: Բոլոր պացիենտների հեպատոդուոդենալ կապանի վրա նախօրոք դրվել է առաձգական լարան (Պրինգլի հնարք), սակայն այն օգտագործվել է 64 դեպքում (35%): 175 դեպքում պարենքիմը հատվել է պոնձապատ բիպոլյար պինցետով, 8 դեպքում՝ հարմոնիկ նշտարով, 2 դեպքում՝ «LigaSure»-ով: Վերքի մակերեսից լեղահոսության առկայությունը ստուգվել է՝ այն թանգիֆով ծածկելով և լեղու հետագա հետքը ստուգելով: Լեղապարկի ծորանի ծայրատից հեղուկային ճնշում տրվել է 15 պացիենտի: Լեղահոսության տեղերը կարվել են, նույնականացված լեղածորանի ճյուղերը՝ կապվել կամ կլիպսավորվել: Բոլոր վիրահատություններն ավարտվել են ենթաստոծանիական և ենթալյարդային տարածությունների դրենավորմամբ: Լեղային բարդություն են համարվել հետևյալ իրավիճակները.

- լեղու արտահոսք որովայնի դրենաժներից,
- լեղու սահմանափակ կուտակում, որը հաստատվել է միջմաշկային դրենավորման արդյունքում,
- որովայնի խոռոչում տարածուն հեղուկի կուտակում, որի դրենավորման արդյունքում ստացվել է լեղի,
- լեղուղիների նեղացումներ՝ հաստատված ցանկացած ախտորոշիչ կամ բուժական հետազոտության, միջամտության արդյունքում:

Ըստ ծանրության աստիճանի՝ լեղային բարդությունները դասակարգվել են հետևյալ կերպ.

I աստիճան. լեղահոսությունը շարունակվում է մինչև 5 օր և ինքնուրույն դադարում,

II աստիճան. լեղահոսությունը կազմում է օրական 500 մլ և ավելի, շարունակվում է մինչև 10 օր և ինքնուրույն դադարում,

III աստիճան. լեղահոսությունը դադարում կամ հետևանքները վերացվում են միայն նվազագույն ինվազիվ կամ էնդոսկոպիկ միջամտությունների արդյունքում,

IV աստիճան. լեղային բարդությունը հնարավոր է վերացնել միայն կրկնակի վիրահատությամբ [5]:

Արդյունքները և քննարկումը

Հետվիրահատական մահացությունը կազմել է 4,5%, հետվիրահատական բարդություններ արձանագրվել են 76 դեպքում (41%), (աղյուսակ 3):

Աղյուսակ 3
Հետվիրահատական բարդությունների բնութագրում

Բարդություն	Թիվ (%)
Բիլիար բարդություն	46 (61)
Որովայնի խոռոչի սահմանափակ հեղուկի կուտակում, թարախակույտ	8 (10,5)
Լյարդային անբավարարություն	4 (5,3)
Արյունահոսություն	3 (4)
Վերքի թարախակալում	5 (6,6)
Պնևմոնիա, պլևրիտ	9 (11,8)
Այլ	1 (0,8)

Ընդհանուր բարդությունների ճնշող մեծամասնությունը կազմել են լեղային բարդությունները՝ 46 դեպք (61%), որի 86%-ը եղել են լեղային խողակները: Լեղու սահմանափակ կուտակում հայտնաբերվել է 18 դեպքում (լեղային բարդությունների 39%-ը), լեղային պերիտոնիտ՝ 4 դեպքում (8,7%), լեղածորանի նեղացում՝ 3 դեպքում (6,5%): Եթե համեմատում ենք 1-ին խմբի՝ լեղային բարդություն ունեցող և 2-րդ խմբի՝ առանց լեղային բարդությունների պացիենտներին, ապա ստացվում է, որ մահճակալային օրերն ավելի շատ են առաջին խմբում՝ 23 օր (14-68), ընդ որում 5 պացիենտ ընդհանուր բարվոք վիճակի շնորհիվ բուժումը շարունակել է ամբուլատոր, իսկ երկրորդ խմբում մահճակալային օրերը կազմել են միջինը 11 օր (4-52), ($p < 0,001$): Խմբերի միջև

մահացության և լյարդային անբավարարության հաճախականության վիճակագրական հավաստի տարբերություն չի արձանագրվել:

Լեղային բարդությունների վերացումը: Բոլոր պացիենտները բաժանվել են ըստ ծանրության աստիճանի.

I աստիճան՝ 21 պացիենտ (45,6%), որոնք բոլորն ունեցել են լեղային խուղակ, դրենաժային խողովակով դուրս է գրվել 3 պացիենտ: Լեղային խուղակը գործել է միջինը 18 օր (3-35):

II աստիճան՝ 22 պացիենտ (47,8%), բոլոր պացիենտներին կատարել են լեղային սահմանափակ կուտակման պունկցիա, որի արդյունքում վերջնական բուժվել է 2 պացիենտ, մնացած դեպքերում կատարվել է միջմաշկային դրենավորում ԳՁՀ հսկողության պայմաններում: Շարունակվող լեղահոսության պատճառով 4 պացիենտի կարիք է եղել կատարել լեղուղիների միջմաշկային միջլյարդային դրենավորում, իսկ նրանցից երկուսին, լեղածորանի ստենոզի պատճառով, միջմաշկային միջլյարդային դրենաժից արտաքին-ներքին ստենտավորում: Լեղային խուղակի առկայության միջին օրերի թիվը 48 է (18-115 օր):

III աստիճան՝ 3 դեպք (6,5%). շարունակվող լեղային պերիտոնիտի պատճառով պահանջվել է երկու կրկնակի վիրահատություն, լեղուղիների դրենավորման տեխնիկապես անհնար լինելու պատճառով մեկ:

Լեղային բարդությունների առաջացման ռիսկի գործոնները

Պացիենտները բաժանվել են երկու խմբի. 1-ին խումբ՝ լեղային բարդություններով 46 պացիենտ, 2-րդ խումբ՝ առանց լեղային բարդությունների 139 պացիենտ: Համեմատվել է նախա- և ներվիրահատական 24 գործոն, որոնցից 7-ի դեպքում եղել է վիճակագրորեն զգալի տարբերություն: Դրանք են՝ լյարդի կրկնակի մասնահատում, երեք և ավելի սեզմենտի մասնահատում, աջակողմյան հեմիհեպատեկտոմիա, ասիայիկ մասնահատում, սիմուլտան վիրահատություններ, լեղածորանների արտալյարդային մերկացում և կապում, որովայնի վերին հարկում կատարված վիրահատության առկայություն (աղյուսակ 4,5):

Աջակողմյան հեմիհեպատեկտոմիայից հետո լեղահոսություն արձանագրվել է 27 դեպքում (32%) 75 պացիենտի պարագայում, ձախակողմյան հեմիհեպատեկտոմիայից հետո՝ ընդհանուր 28-ից 3 դեպքում (7,1%, $p < 0,01$): Ընդհանուր առմամբ կատարվել է 123 անատոմիական մասնահատում՝ հեմիհեպատեկտոմիա, լայնածավալ հեմիհեպատեկտոմիա, լեղածորանի արտալյարդային մերկացման և կապման ժամանակ զարգացել է լեղահոսություն 31 դեպքում (47%) 65 պացիենտի պարագայում, ներլյարդային լեղածորանի կապման ժամա-

Աղյուսակ 4

Ռիսկի մոնիթորինգների վերլուծություն

Գործոն	Ուսումնասիրությունների թիվը		p
	բիլիար բարդություններ n=46	առանց բիլիար բարդությունների n=139	
Արական սեռ	22 (47,8%)	57 (41%)	աննշան
Տարիք	51,2 (18-70)	53 (18-75)	աննշան
Ուղեկցող հիվանդություն	19 (41,3%)	65 (46,7%)	աննշան
Նեոադյուվանտ քիմիաթերապիա	25 (54,3%)	72 (52%)	աննշան
Որովայնում կատարված վիրահատություն	18 (39%)	31 (22,8%)	< 0,05
Կրկնակի մասնահատում	8 (17%)	11 (8%)	< 0,05
Զարդրակ պրոցես	36 (80%)	108 (78%)	աննշան
Բարձր բիլիռուբինեմիա	3 (6,5%)	18 (13%)	աննշան
Հեպատոցելուլյար քաղցկեղ	2 (4,3%)	4 (3%)	աննշան
Խոլանգիոկարցինոմա	1 (2,1%)	3 (2,15%)	աննշան
Ալվեոկոկոզ	3 (6,5%)	2 (1,5%)	< 0,05
ԱՀՀԷ	27 (58,6%)	37 (26,6%)	< 0,01
ԼԱՀՀԷ	2 (4,3%)	3 (2,1%)	աննշան
ՉՀՀԷ	3 (6,5%)	22 (15,8%)	աննշան
ԼՉՀՀԷ	1 (2,1%)	2 (1,4%)	աննշան
ԱՄ	12 (26%)	60 (43,2%)	< 0,01
3 և ավելի սեզմենտի մասնահատում	36 (78%)	55 (39,5%)	< 0,01
Սիմուլտան վիրահատություններ	3 (6,5%)	4 (2,9%)	< 0,01
Լիմֆոդիսեկցիա	2 (4,3%)	6 (4,4%)	աննշան
Ռադիոհաճախային աբլյացիա	4 (8,6%)	8 (5,7%)	աննշան
Պրինգլի հնարքի կիրառում	20 (43,4%)	44 (31,6%)	աննշան
Լեդածորանի արտա- յարդային մերկացում, Լեդուլինների արտաքին դրենավորում	31 (67%)	24 (17,2%)	< 0,01
	10 (21,7%)	21 (15,1%)	աննշան
Տախտկոմբի կիրառում	8 (17,3%)	25 (17,9%)	աննշան
Լեդուլինների հերմետի- կության ստուգում	4 (8,6%)	11 (7,9%)	աննշան

Աղյուսակ 5

Բազմագործոնային վերլուծության արդյունքները

Գործոն	p	Հավանականությունների հարաբերակցությունը
Վիրահատություն որովայնում	աննշան	1,3 (0,7-3,2)
Կրկնակի մասնահատում	աննշան	2,4 (0,8-7,1)
Ալվեոկոկոզ	աննշան	3 (0,5-14,5)
3 և ավելի սեզմենտի մասնահատում	աննշան	0,8 (0,35-2,6)
ԱՀՀԷ	0,02	3,1 (1,3-8,2)
ԱՄ	աննշան	1 (0,6-2,5)
Ծորանների արտալարդային մերկացում, հատում	0,005	3 (1,3-6,5)

նակ՝ 58-ից 11 դեպքում (18%, $p < 0,05$): ԱՀՀԷ-ից և ՉՀՀԷ-ից հետո լեղահոսությունը համեմատվել է, ինչի արդյունքում պարզվել է, որ բլթային ծորանների ներլարդային հատման դեպքում վիճակագրորեն հավաստի տարբերություն չկա (համեմատվել է 15 ԱՀՀԷ (20%) և 3 ՉՀՀԷ (10,7%, $p = 0,3$): Արտալարդային եղանակով բլթային լեղածորանը մշակելիս լեղահոսություն ավելի հաճախ ի հայտ է գալիս ԱՀՀԷ-ի ժամանակ՝ 19 դեպք (42,2%) 45 պացիենտի պարագայում, ՉՀՀԷ-ի ժամանակ՝ 1 դեպք (8,3%) 12 պացիենտի պարագայում ($p < 0,01$): Այսպիսով, ԱՀՀԷ-ի դեպքում բլթային ծորանի արտալարդային մերկացումը և հատումը լեղային բարդությունների առաջացման ռիսկի գործոններ են:

Լեղահոսության հիմքում մեծամասամբ ընկած է պարենքիմի հատման մակերեսին հատված ծորանների հերմետիկության խախտումը: Դեպքերի մի մասում լեղահոսությունը դրենավորվում է որովայնի դրենաժներով, և այլ, ավելի լուրջ բարդություններ չեն առաջանում: Սակայն լեղու կուտակման, երկարատև լեղահոսության պարագայում ի հայտ են գալիս տեղային բորբոքային երևույթներ, և եթե դրանք մոտ են խոշոր տրամաչափի լեղածորաններին, կարող են առաջացնել ֆիբրոզ փոփոխություններ, հետագայում էլ՝ կայուն նեղացում: Լյարդի պարենքիմի կոմպենսատոր արագ աճը կարող է հանգեցնել լեղածորանի նեղացման, ընդհուպ ծորանի ոլորման [6,11]: Գրականության մեջ հիշատակվում են նաև հեռավոր բարդություններ, ինչպիսին է բրոնխոբիլիար խոլակը, որը կարող է ի հայտ գալ վիրահատությունից մի քանի տարի անց:

Վիրահատության առաջին օրերին որովայնի դրենաժներից, մասնավորապես հատված մակերեսի մանր ճյուղերից եկող արտադ-

րության մեջ կարող է լինել լեղու որոշակի պարունակություն, որը հիմնականում ինքնաբերաբար դադարում է՝ առանձնապես չճանրացնելով պացիենտի վիճակը: Հարց է առաջանում. ե՞րբ այս խնդիրը համարել բարդություն. դրա համար առաջարկվում է որոշել լեղու խտությունն արտազատվող հեղուկում, լեղու պարունակությամբ արտադրության տևողությունը և ծավալը: Տարբեր մոտեցումների դեպքում ստացվում են լյարդի մասնահատումների ժամանակ ի հայտ եկող լեղային բարդությունների՝ իրարից բավականին տարբեր տվյալներ, ինչը դժվարացնում է արդյունքների համեմատումը [7]:

Ըստ մեր հետազոտության՝ լեղային բարդությունների պատճառով մահացության աճ չի արձանագրվել, սակայն տարբեր հեղինակների աշխատություններում տարբեր արդյունքներ են: Լեղային բարդությունների ծանրակշիռ մասը վերացվում է պահպանողական (36%) կամ նվազագույն ինվազիվ և էնդոսկոպիկ եղանակներով (48%), դեպքերի 6%-ը՝ կրկնակի վիրահատությամբ:

Արդյունքների վերլուծությունը թույլ է տալիս ասել, որ լեղային բարդությունների գերակշիռ մասը կարելի է վերացնել պահպանողական և նվազագույն ինվազիվ մեթոդներով: Պետք է նշել նաև, որ կրկնակի վիրահատության անհրաժեշտության դեպքում այն պետք է կատարել հնարավորինս շուտ՝ խուսափելու համար սեպսիսից և հետագա պոլիօրգան անբավարարությունից, որոնք պացիենտի մահվան հիմնական պատճառներն են [2,3,13]: Հրատարակված որոշ աշխատանքներում լեղահոսության պատճառների թվում նշվում են տարիքը, ներլյարդային խոլանգիոկարցինոման, լեյկոցիտների քանակը մինչև վիրահատությունը, IV սեզմենտի մասնահատումը, կենտրոնական մասնահատումը, վիրահատության տևողությունը, ինչպես նաև սուր խոլանգիտի երևույթներից մինչև վիրահատությունն ավելի քիչ, քան մեկ ամիս ժամկետը [1,2,13,15]: Թեմայի վերաբերյալ մի աշխատությունում ներկայացվել է ֆիբրինային սոսնձի՝ որպես լեղահոսության կանխարգելման գործոնի կիրառումը [10], սակայն մեկ այլ, ավելի մեծածավալ հետազոտությամբ հերքվել է դա. մենք ևս կարծում ենք, որ «Տախոկոմբ» ֆիբրին-կոլագենային միջոցի օգտագործումը չի ազդում լեղահոսության հաճախականության վրա: Լեղածորանների հերմետիկության ստուգումը ֆիզիոլոգիական լուծույթով ևս չի տալիս սպասվող արդյունքը, քանի որ լեղահոսությունը հիմնականում լինում է մանր ճյուղերից, և թափանցիկ հեղուկը չի երևում: Լեղահոսության բարդությունների տոկոսը կարելի է իջեցնել՝ օգտագործելով գունային լուծույթներ՝ ինդոցիանին կանաչ, մեթիլեն կապույտ [5,16]:

Մեր աշխատանքում ներկայացրել ենք լեղային բարդությունների ռիսկի հետևյալ գործոնները. ԱՀՀ-ի դեպքում լեղածորանի արտա-

յարդային մերկացում և կապում, որի բացատրությունը հետևյալն է. հեպատոդուոդենալ կապանի խոր մերկացումը կարող է առաջացնել լեղածորանի անոթազրկում և հետագա նեկրոզ: Բացի դրանից, տվյալ շրջանում ծորանի հատումը մեծացնում է բիֆուրկացիայի և I սեգմենտի ծորանի վնասման ռիսկը, որը կարող է միանալ և՛ աջ, և՛ ձախ ծորանին: Եվ երրորդ պատճառն աջ ծորանի զգալի կարճ լինելն է ձախ ծորանի համեմատ: Արդյունքում աջ ծորանը մերկացնելիս և կապելիս խիստ մեծանում է բիֆուրկացիայի վնասման կամ ստենոզի առաջացման հավանականությունը:

Կատարվել է յարդի մասնահատման ենթարկված 185 պացիենտի բուժման արդյունքների հետադարձ ուսումնասիրություն: Հետազոտվել է նախա- և ներվիրահատական 24 գործոն: Լեղային բարդություն զարգացել է 24,8% դեպքում, որը, սակայն, չի ազդել մահացության ցուցանիշի վրա: Արձանագրվել են լեղահոսության առաջացման ռիսկի գործոնները՝ աջակողմյան հեմիհեպատէկտոմիայի ժամանակ բլթային լեղածորանի արտալյարդային մերկացումը, կապումը և հատումը:

Լեղային բարդությունների վերացման գործում արդյունավետ են պահպանողական բուժումը և նվազագույն ինվազիվ մեթոդները (միջմաշկային դրենավորումներ). դրանց արդյունավետությունը 93,5% է: Կրկնակի վիրահատություն պահանջվում է շատ քիչ դեպքերում:

Ընդունված է 05.10.22

Причины и лечение билиарных осложнений при резекции печени

**А.А. Барсегян, А.А. Восканян, Р.М. Кургиян, А.С. Галумян,
Г.В. Арутюнян, Д.И. Петросян**

Проведено ретроспективное изучение результатов лечения 185 больных, перенесших резекцию печени. Билиарное осложнение развилось в 24,8% случаев, но они не повлияли на показатель летальности. Нами исследованы 24 пред- и интраоперационных фактора, зарегистрированы факторы риска возникновения желчеистечения: внепеченочное обнажение, перевязка и пересечение долевого желчного протока при правосторонней гемигепатэктомии. Консервативное лечение и малоинвазивные методы (чрескожное дренирование) эффективны при устранении билиарных осложнений, их эффективность составляет 93,5%. Повторная операция требуется в редких случаях.

Causes and Treatment of Biliary Complications in Liver Resections

**H. A. Barseghyan, A. A. Voskanyan, R. M. Kurghinyan,
A. S. Galumyan, H. V. Harutyunyan, D. I. Petrosyan**

A retrospective study of the results of treatment of 185 patients who underwent liver resection was carried out. Biliary complications developed in 24,8% of cases, but they did not affect the mortality rate. 24 pre- and intraoperative factors were studied, risk factors for bile leakage were recorded: extra hepatic exposure, ligation and intersection of the lobar bile duct during right-sided hemihepatectomy. Conservative treatment and minimally invasive methods (percutaneous drainage) are effective in eliminating biliary complications, their effectiveness is 93,5%. Reoperation is required in rare cases.

Գրականություն

1. Ахаладзе Г.Г., Гребенкин Е.Н., Чхиквадзе В.Д., Станоевич У.С., Гончаров С.В. Симультантные лапароскопические резекции печени: опыт одного центра. Альманах клинической медицины. 2018, 46, 6, с. 592–597.
2. Патютко Ю., Сагайдак И. и др. Хирургическое лечение первичного рака печени. Практик. онкология, 2008, т 9, 4, с. 197-201.
3. Поляков А.Н., Подлужный Д.В., Мамонтов К.Г., Бородин Д.Г., Патютко Ю.И. Комбинированное лечение больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени. Ж. Фарматека, 2012, 18, с.42-49.
4. Тимошенкова А., Катанов Е. и др. Причины желчеистечений после резекции печени. Практик. медицина, 2016, 5(97), с. 53-57.
5. Тимошенкова А., Катанов Е., Долгов О., Прокопьев С. Факторы риска развития желчеистечения после резекции печени. Современные проблемы науки и образования, 2018, № 2.
6. Чардаров Н., Билиарные осложнения после резекций печени. Ж. Хирургия им. Н.И. Пирогова, 2010,(8), с.61-68.
7. Чардаров Н.К., Багмет Н.Н., Шатверян О.Г. и др. Факторы риска развития билиарных осложнений после резекции печени. Анналы хирургической гепатологии, 2010, N 3, с.76.
8. Capussoti L., Ferrero A. et al. Bile leakage after hepatic resection, Were is the risk?. Arch Surg., 2006, v.141, pp. 690-694.
9. Cescon M., Vetrone G. et al. Trends in perioperative outcome after hepatic resection. Analysis of 1500 consecutive unselected cases over 20 years. Ann. Surg., 2009, v. 249, pp. 995-1002.
10. Figueras J., Llado L. et al. Application of fibrin glue sealants after hepatectomy does not seem justified. Results of a randomized study in 300 patients. Ann. Surg., 2007, v. 245, pp. 536-542.
11. Hasegawa K., Yazumi S. et al. Endoscopic management of postoperative biliary complications in donors for living donor transplantation. Clin. Gastroenterol. Hepatol., 2003, v. 1, p. 183-188.
12. Kondo K., Chijiwa K. et al. Hepatic resection is justified for elderly patients with hepatocellular carcinoma. Wld J. Surg.. 2008, v.32, pp. 2223-2229.
13. Li S., Liang L., Peng B. et al. Bile leakage after hepatectomy for hepatolithiasis. Risk factors and managment. Surg., 2007, v. 141, pp. 340-345.
14. Norio Kubo, Ken Shirabe. Treatment strategy for isolated bile leakage after hepatectomy: Literature review, Ann. Of Gastroenterological Surgery, 2020, v. 4, I. 1, pp. 47-55.
15. Okabayashi T., Nishimori I. et al. Risk factors and predictors for surgical site infection after hepatic resection. J. Hospital Infection, 2009, v.73, pp. 47-53.
16. Strasberg S. Nomenclature of hepatic anatomy and resections. A review of the Brisbane 2000 system. J. Hepatobiliary Pancreat Surg., 2005, v.12, pp. 351-355.