Н.Н. Брицкая

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», г. Харьков

© П.П. Брицкая

АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПРОХОДИМОСТИ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА У БОЛЬНЫХ С НАРУЖНЫМ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 116 больных с наружным желчеистечением после холецистэктомии. Разработанная программа хирургической коррекции непроходимости терминального отдела гепатикохоледоха у больных с наружным желчеистечением первым этапом включала разрешение внутрибрюшных осложнений с помощью миниинвазивных методик (пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ; релапароскопия), следующим этапом проводилась хирургическая коррекция непроходимости дистального отдела общего желчного протока с помощью эндоскопических эндобилиарных вмешательств. Доказана эффективность разработанной программы хирургической коррекции непроходимости терминального отдела общего желчного протока у больных с наружным желчеистечением.

Ключевые слова: *желчеистечение, эндоскопические эндобилиарные вмешательства.*

Поиск новых решений в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений обусловлен неуклонным ростом данного заболевания [1–5, 9]. После хирургических операций на желчных протоках частота резидуальных камней достигает 30 %, а рецидивных 3–6 % [1–3]. Однако тщательный сбор анамнеза, физикальный осмотр, биохимическое исследование крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости не всегда позволяет выявить нарушение проходимости дистального отдела холедоха до выполнения холецистэктомии. В последствие резидуальный холедохолитиаз и стенозирующий папиллит может явиться причиной желчной гипертензии и разгерметизации культи пузырного протока, что приводит к осложнению в виде желчеистечения и формирования наружного желчного свища. Таким образом, хирургическая коррекция нарушений проходимости терминального отдела холедоха при возникновении желчестечения после перенесенной холецистэктомии остается актуальной проблемой гепатобилиарной хирургии.

Целью настоящего исследования явилась разработка программы лечения непроходимости терминального отдела гепатикохоледоха у больных с наружным желчеистечением после перенесенной холецистэктомии.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 116 больных, находившихся на лечении в клинике ГУ «Института общей и неотложной хирургии НАМНУ» с 2003 по 2011 гг. Первичные операции были выполнены в других стационарах у 84 пациентов. Больные поступали в сроки от 3 суток до 4 недель от первичной операции. Женщин было 78, мужчин – 38. Возраст варьировал от 23 до 84 лет. Пациентам проводились общепринятые клинико-лабораторные обследования, УЗИ, компьютерная томография (КТ), фистулография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (ЭРХПГ).

Результаты исследования и их обсуждение

Первичным вмешательством у 62 больных была открытая холецистэктомия с наружным дренированием общего желчного протока, у 23 больных – открытая холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха, у 12 – открытая холецистэктомия и у 19 – лапароскопическая холецистэтомия. Таким образом, выделение желчи по дренажу холедоха наблюдалось у 85 больных, по дренажу брюшной полости – у 31. Дебит желчи колебался от 100 мл до 1000 мл в сутки, что соответствовало полному наружному желчному свищу. Явления желтухи имели место у 11 пациентов, у которых не были дренированы желчевыводящие пути, холангита – у 8. У 14 больных отмечены внутрибрюшные скопления желчи, у 2 с явлениями диффузного желчного перитонита.

После проведения комплексного клинико-лабораторного и инструментального об-

следования, направленного на оценку общего состояния пациента, диагностику наличия внутрибрюшных осложнений и причин непроходимости общего желчного протока, определялась дальнейшая тактика. Разработанная нами программа хирургической коррекции непроходимости терминального отдела гепатикохоледоха у больных с наружным желчеистечением первым этапом включала разрешение внутрибрюшных осложнений, обусловленных желчеистечением. С этой целью у 9 больных выполнены дренирования билом под контролем УЗИ, у 3 – релапароскопия, дренирование брюшной полости, у 2 – лапаротомия, холедохолитомия, дренирование холедоха, санация и дренирование брюшной полости из 4 точек.

Следующим этапом явилось определение причины непроходимости дистального отдела общего желчного протока. Выполненные диагностические обследования (фистулография и ЭРХПГ) позволили диагностировать резидуальный холедохолитиаз у 78 больных, стеноз дистального отдела холедоха, обусловленного хроническим панкреатитом – у 18, стенозирующий папиллит – у 20.

Основными методами лечения больных данной категории явились эндоскопические эндобилиарные вмешательства. Так, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с холедохолитоэкстракцией выполнена 68 пациентам, эндоскопическая папиллосфинктеротомия – 28 больным. Данные вмешательства оказались эффективными у 83 (86,5 %). Из осложнений у 14 пациентов отмечены явления острого панкреатита, из них у 2 – тяжелого панкреатита; кровотечение из папилотомной раны – у 2, которое остановлено консервативно. Летальных случаев не было. У 7 пациентов выполнить ЭРХПГ по техническим причинам (резекция желудка по Бильрот–II в анамнезе, большой парафатеральный дивертикул) не представлялось возможным. Этим пациентам и еще 5 пациентам, которым эндоскопически не удалось извлечь конкременты, выполнена лапаротомия, холедохолитомия, дренирование холедоха. 16 больным произведены билиодигестивные анастомозы: холедоходуоденоанастомоз – 9 случаев, холедохоеюноанастомоз – 7. В группе больных оперированных открытым способом был 1 летальный случай, обусловленный полиорганной недостаточностью у больной с желчным перитонитом.

Таким образом, представленный опыт и данные литературы [1–2, 5–8] свидетельствуют об актуальности проблемы лечения непроходимости дистального отдела общего желчного протока у больных перенесших холецистэктомию. Наличие при этом наружного желчеистечения обусловливает ряд особенностей. В таких случаях редко бывают явления механической желтухи и холангита, желчевыводящие пути не расширены или умеренно расширены, возможны внутрибрюшные скопления желчи и развитие желчного перитонита. Кроме того, очень важно – желчеистечение происходит по дренажу холедоха или же по дренажу брюшной полости. Первый случай является более благоприятным и контролируемым.

Безусловно, современные тенденции лечения данной патологии направлены на использование миниинвазивных методик. В первую очередь это ЭПСТ, холедохолитотрипсия, холедохолитоэкстракция. Эффективность данных методик у представленных пациентов составила 86,5 %. Кроме того, миниинвазивные дренирующие вмешательства (под УЗИ контролем, лапароскопические) должны применяться при внутрибрюшных затеках и скоплениях желчи, что очень важно у категории больных, которым они показаны в раннем послеоперационном периоде после первичной операции.

Тем не менее, не потеряли значение и открытые оперативные вмешательства. Их выполнение считаем целесообразным в следующих ситуациях: 1) невозможность выполнения ЭРХПГ, ЭПСТ (перенесенная резекция желудка по Бильрот–II, имеющиеся противопоказания); 2) неэффективность эндоскопических вмешательств; 3) наличие стеноза дистального отдела холедоха, обусловленного хроническим панкреатитом. При этом очень важно определение оптимального времени для выполнения повторного оперативного вмешательства. При наличии дренажа холедоха его можно отсрочить до 1 месяца и позже, что благоприятствует стиханию воспалительных изменений в зоне вмешательства и восстановлению общего состояния пациента; при наличии же выделения желчи по дренажу брюшной полости вмешательство следует провести через 1 месяц, так как более длительное ожидание приведет к развитию желтухи, холангита и увеличит риск повторной операции.

Выводы

Таким образом, предлагаемая программа хирургической коррекции непроходимости терминального отдела общего желчного протока у больных с наружным желчеистечением после перенесенной холецистэктомии заключается в следующем: первым этапом – диагностика и дренирование имеющихся внутрибрюшных скоплений желчи с помощью миниинвазивных методик (пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ; релапароскопия); следующим этапом проводится диагностика причины и хирургическая коррекция непроходимости дистального отдела общего желчного протока. Ведущее место в лечении

резидуального холедохолитиаза, стеноза большого дуоденального сосочка занимают эндоскопические эндобилиарные вмешательства – ЭПСТ, холедохолитоэкстракция; открытые хирургические вмешательства выполняются при невозможности или неэффективности эндоскопического лечения, необходимости наложения билиодигестивных анастомозов, причем выполнение повторных операций при наличии дренажа холедоха желательно отсрочить более чем на 1 месяц после первичной операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гальперин Э.И.* Руководство по хирургии желчевыводящих путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. – М.: ГЭОТАР, 2006. – 558 с.
2. *Лобахов А.И.* Эндоскопическое транспапиллярное дренирование желчных протоков / А.И. Лобахов, Г.Л. Сачечелашвили, А.В. Коренской // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Том 11, № 3. – С. 211 – 212.
3. *Ревякин В.И.* Тактика рентгеноэндоскопического лечения холедохолитиаза / В.И. Ревякин, В.С. Гринев, В.С. Прокушев // Эндоск. хирургия. – 2008. – № 2. – С. 3–9.
4. *Штофин С.Г.* Хирургическое лечение поражений внепеченочных желчных протоков / С.Г. Штофин, В.В. Анищенко, Г.С. Штофин // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Том 11, № 1. – С. 39–41.
5. *Biliodigestive* anastomosis: case series and technical notes / R. Meccariello, I. Damiano, L. Pelosio [et al.] // Minerva Chir. – 2006. – № 61 (1). – P. 31–37.
6. *Hong D.F.* Comparison of laparoscopic cholecystectomy combined with intraoperative endoscopic sphincterotomy and laparoscopic exploration of the common bile duct for the cholecystocholedocholithiasis / D.F. Hong, Y. Xin, D.V. Chen // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20. – P. 424–427.
7. *Katsinelos P.* The role of endoscopic treatment in postoperative bile leaks / P. Katsinelos, J. Kountouras, G. Paroutoglou // Hepatogastroenterology. – 2006. – Vol. 53. – P. 166–170.
8. *Management* of bile leakage after laparoscopic cholecystectomy based on etiological classification / H.H. Lien, C.S. Huang, M.Y. Shi [et al.] // Surg. Today. – 2004. – Vol. 34. – P. 326–330.
9. *Nguyen-Tang T.* Endoscopic management of benign biliary strictures / T. Nguyen–Tang, J.L. Frossard, J.M. Dumonceau // Rev Med Suisse. – 2009. – № 5 (215). – P. 1714 – 1719.

АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕПРОХІДНОСТІ ТЕРМІНАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ У ХВОРИХ НА ЗОВНІШНУ ЖОВЧОТЕЧУ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Н.М. Брицька

Резюме. Проведено аналіз результатів лікування 116 хворих на зовнішню жовчотечу після холецистектомії. Розроблена програма хірургічної корекції непрохідності термінального відділу гепатікохоледоха у хворих на зовнішню жовчотечу першим етапом включала лікування внутрішньочеревних ускладнень за допомогою мініінвазивних методик (пункційно–дренуючі втручання під контролем УЗД; релапароскопія), наступним етапом проводилася хірургічна корекція непрохідності дистального відділу загальної жовчної протоки за допомогою ендоскопічних ендобіліарних втручань. Доведено ефективність розробленої програми хірургічної корекції непрохідності термінального відділу загальної жовчної протоки у хворих на зовнішню жовчотечу.

Ключові слова. *жовчотеча, ендоскопічні ендобіліарні втручання.*

ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF OBSTRUCTION AT THE TERMINAL PART OF THE COMMON BILE DUCT IN PATIENTS WITH EXTERNAL BILE LEAKAGE AFTER CHOLECYSTECTOMY

N.N. Brytska

Summary. The results of treatment of 116 patients with external bile leakage after cholecystectomy were analyzed. The developed program included the first stage was the correction of intra-abdominal complications with minimally invasive procedures, the next step was the surgical correction of obstruction of the distal common bile duct using endoscopic endobiliary interventions. The efficiency of the developed program of surgical correction for external bile leakage after cholecystectomy was approved.

Key words: *bile leakage, endoscopic endobiliary interventions.*