



Е. Д. Хворостов, С. А. Бычков,
Р. Н. Гринёв

*Харьковский национальный
университет
имени В. Н. Каразина*

© Хворостов Е. Д., Бычков С. А.,
Гринёв Р. Н.

ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Резюме. В работе проведен анализ результатов хирургического лечения 8731 больного желчеокаменной болезнью, которым выполнили лапароскопическую холецистэктомию. Желчеистечение в послеоперационном периоде наблюдали у 43 (0,5 %) больных. Разработанная хирургическая тактика основана на данных УЗИ и ЭРХПГ и позволяет улучшить результаты лечения и избежать гнойно-септических осложнений и летальных исходов. Миниинвазивные эндоскопические и пункционные, под контролем УЗИ, методы лечения были эффективны у 12 (27,9 %) больных.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, желчеистечение, хирургическая тактика, релапароскопия

Введение

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время получила широкое распространение в лечении различных форм желчеокаменной болезни (ЖКБ). Несмотря на достаточно большой накопленный опыт выполнения ЛХЭ и её высокую эффективность, возможность возникновения интра- и послеоперационных осложнений, существенно влияющих на результаты оперативного лечения, пролонгирующих сроки послеоперационного периода и в значительной мере определяющих исход заболевания остается достаточно высокой [2, 4]. Ведущее место в структуре послеоперационных осложнений после ЛХЭ занимает наружное или внутрибрюшное желчеистечение (ЖИ) в раннем послеоперационном периоде, которое следует рассматривать как самостоятельную проблему, поскольку оно может иметь очень серьёзные последствия и быть опасным для жизни. Основными причинами послеоперационного ЖИ могут быть негерметичность культи пузырного протока, aberrантные печеночно-пузырные протоки ложа желчного пузыря — ходы Люшка и ятрогенные повреждения магистральных желчных протоков [1, 3].

Цели исследования

Улучшение результатов хирургического лечения больных ЖКБ, у которых развилось наружное или внутрибрюшное ЖИ путём разработки показаний и технического совершенствования применения релапароскопии, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств, пункционных методов под контролем УЗИ и их комбинаций, для снижения числа лапаротомных операций.

Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина «Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств в лечении больных желчеокаменной болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки», № 0100U005308.

Материал и методы исследования

Проведен анализ результатов хирургического лечения 8731 пациента по поводу различных форм ЖКБ в клинике хирургических болезней Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина с 1994 по 2013 год. Всем больным была выполнена ЛХЭ. Диагностическая программа включала в себя стандартное общеклиническое обследование, УЗИ, ФЭГДС, по показаниям — ЭРХПГ, КТ и МРТ брюшной полости. Все вмешательства завершали дренированием брюшной полости одним либо двумя дренажами. В раннем послеоперационном периоде у 43 (0,5 %) больных отмечено ЖИ. Женщин было 37 (86 %), мужчин — 6 (14 %). Средний возраст пациентов составил $(56,7 \pm 6,4)$ года.

ЖИ наблюдалось у 11 (25,6 %) больных, оперированных по поводу хронического холецистита, и у 32 (74,4 %) — по поводу острого холецистита. У 35 (81,4 %) больных отмечалось поступление желчи по дренажу, а у 8 (18,6 %) пациентов — скопление желчи в брюшной полости диагностировано после удаления дренажей по данным УЗИ.

Следует отметить, что из данной группы нами были исключены больные, причиной ЖИ



у которых были ятрогенные повреждения магистральных внепеченочных желчных протоков.

Результаты исследований и их обсуждение

Нами изучена частота и причины ЖИ в раннем послеоперационном периоде. Для оценки послеоперационного ЖИ мы учитывали как суточный дебит желчи по дренажам брюшной полости, так и данные УЗИ — определяли объём отграниченного скопления жидкости в проекции ложа удаленного желчного пузыря, а также локализацию и объём свободной жидкости в брюшной полости.

У 18 (41,9 %) больных ЖИ с выделением желчи по дренажу в объеме 150–200 мл в сутки и при отсутствии клиники желчного перитонита при УЗИ выявлен выпот с незначительным жидкостным образованием в ложе желчного пузыря, что потребовало проведения активной аспирации, антибактериальной и дезинтоксикационной терапии. На фоне проводимого консервативного лечения под контролем УЗИ наблюдали уменьшение выпота в области ложа желчного пузыря. ЖИ по контрольному дренажу наблюдалось в течение 3–5 суток и заканчивалось под воздействием консервативной терапии без отдаленных осложнений.

При наличии ЖИ по контрольному дренажу более 200 мл в течение 2–3 суток после операции, 16 (37,2 %) больным проводили УЗИ брюшной полости, ЭРХПГ, при необходимости — декомпрессию билиарного дерева путём эндоскопической папиллотомии или с проведением назобилиарного дренажа. Патогенетически обоснованным методом лечения послеоперационного ЖИ является декомпрессия билиарной системы. У 8 пациентов ЭПСТ с назобилиарным дренированием оказалось эффективным и ЖИ было купировано в течение 5–8 суток. При безуспешности или неэффективности ЭРХПГ, сохранении либо усилении болей в животе, симптомов интоксикации и раздражения брюшины 8 больным была выполнена релапароскопия. При санационной релапароскопии без технических трудностей выполняли дополнительную электрокоагуляцию ложа желчного пузыря, клипирование ходов Люшка или несостоятельной культы пузырного протока, адекватную санацию и дренирование брюшной полости. Если в ходе выполнения релапароскопии возникали сомнения в отсутствии ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков, то обязательно считали выполнение интраоперационной холангиографии через культю пузырного протока, что было произведено 3 пациентам. У 9 (20,9 %) больных скопление желчи в брюшной полости было выявлено по данным УЗИ после удаления дренажей. У 5 (11,6 %) из них выполнялась релапароскопия с санаци-

ей брюшной полости и дренированием, а у 4 (9,3 %) — ограниченное скопление желчи в подпеченочном пространстве эвакуировано пункционным методом под контролем УЗИ.

Осложнений при применении данной тактики не наблюдалось. Лапаротомия была выполнена у 3 больных. У 2 пациентов лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости была выполнена по поводу разлитого желчного перитонита на ранних этапах освоения лапароскопических технологий и в 1 (2,9 %) случае — при выявлении краевого повреждения правого печеночного протока — произведено ушивание дефекта и дренирование холедоха по Вишневскому.

Гнойно-септических осложнений и летальных исходов в наших наблюдениях не было. При наблюдении за больными в отдаленном послеоперационном периоде (от 1 года до 12 лет) клинических данных по развитию стриктур магистральных желчных протоков не выявлено.

Выводы

1. Желчеистечение в послеоперационном периоде в настоящее время является одним из наиболее частых осложнений ЛХЭ.

2. Дренирование подпеченочного пространства после ЛХЭ способствует ранней диагностике послеоперационных осложнений в виде желчеистечения.

3. Ультразвуковое исследование способствует выбору адекватной хирургической тактике при желчеистечении.

4. При появлении желчного отделяемого по контрольному дренажу в объеме не более 200 мл в сутки с тенденцией к уменьшению и отсутствию накопления желчи внутрибрюшинно и клиники желчного перитонита можно ограничиться проведением консервативной терапии.

5. При желчеистечении более 200 мл в сутки, необходимо выполнение эндоскопической ретроградной холангиографии с целью диагностики повреждения магистральных желчных протоков, при подтверждении травмы гепатикохоледоха показана реконструктивная операция лапаротомным доступом.

6. Желчеистечение по дренажу, сопровождающиеся явлениями желчного перитонита либо значительным скоплением желчи в брюшной полости при отсутствии травмы гепатикохоледоха требует выполнения релапароскопии, которая носит не только диагностическую, но и лечебную направленность.

7. Комплексное применение релапароскопии, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств и пункционных методик позволяет существенно уменьшить число лапаротомных операций для коррекции возникших осложнений.



ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение желчеистечения в ранние сроки после холецистэктомии // А. А. Соколов, Н. А. Кузнецов, Э. Н. Артёмкин [и др.] // Сибирский медицинский журнал. — 2009. — Т.89, № 6. — С. 143–146.
2. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / А. В. Малоштан, В. В. Бойко, А. М. Тищенко, И. А. Криворучко. — Х. : СИМ, 2005. — 367 с.
3. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение // А. Г. Беришвили, Е. Н. Зюбина, А. Н. Акинчиц [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2009. — Т. 14, № 3. — С. 18–21.
4. Нестандартные лапароскопические операции при технически сложных холецистэктомиях // В. В. Грубник, А. И. Ткаченко, М. В. Прикупенко [и др.] // Шпитальна хірургія. — 2013. — № 1(61). — С. 32–35.

ЕВОЛЮЦІЯ В ХІРУРГІЧНІЙ ТАКТИЦІ В КОРЕКЦІЇ ЖОВЧОВИТІКАНЬ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИТЕКТОМІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МІНІІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Є. Д. Хворостов,
С. О. Бичков, Р. М. Гриньов

Резюме. У роботі проведено аналіз результатів хірургічного лікування 8731 хворого на жовчекам'яну хворобу, яким виконали лапароскопічну холецистектомію. Жовчовитікання в післяопераційному періоді спостерігали у 43 (0,5 %) хворих. Розроблена хірургічна тактика базується на даних УЗД та ЕРХПГ і дозволяє поліпшити результати лікування, уникнути гнійно-септичних ускладнень та летальних випадків. Мініінвазивні ендоскопічні та пункційні, під контролем УЗД, методи лікування були ефективними у 12 (27,9 %) хворих.

Ключові слова: жовчекам'яна хвороба, лапароскопічна холецистектомія, жовчовитікання, хірургічна тактика, релaparоскопія.

EVOLUTION OF SURGICAL TACTICS AT BILE LEAKAGE CORRECTION AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY USING MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES

E. D. Khvorostov,
S. A. Bychkov,
R. N. Grynyov

Summary. The paper analyzes the results of surgical treatment of 8731 patients with cholelithiasis who underwent laparoscopic cholecystectomy. Postoperative bile leakage was observed in 43 (0,5 %) patients. Developed surgical technique based on ultrasound data and ERCP and can improve the results of treatment and avoid septic complications and lethal outcomes. Minimally invasive endoscopic and puncture under ultrasound treatments were effective in 12 (27,9 %) patients.

Key words: cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy, bile leakage, surgical tactics, relaparoscopy.