

© Є.Д. Хворостов, С.О. Бичков, Р.М. Гриньов, 2014

УДК: 616.366-089.87-008.8-089

Є.Д. ХВОРОСТОВ, С.О. БИЧКОВ, Р.М. ГРИНЬОВ

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Харків

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВІДЕОЕНДОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ДІАГНОСТИЦІ І ЛІКУВАННІ ЖОВЧОВИТІКАНЬ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

В роботі проведений аналіз результатів хірургічного лікування 8871 хворого на жовчнокам'яну хворобу, яким виконали лапароскопічну холецистектомію. Жовчовитікання в післяопераційному періоді спостерігали у 48 (0,54 %) хворих. Розроблена хірургічна тактика базується на даних ультрасонографії та ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатикографії та дозволяє поліпшити результати лікування та уникнути гнійно-септичних ускладнень та летальних випадків. Мініінвазивні ендоскопічні, пункційні під контролем ультрасонографії методи та релапароскопія були ефективними у 27 (56,3 %) хворих.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, лапароскопічна холецистектомія, жовчовитікання, хірургічна тактика, релапароскопія

Вступ. Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) в даний час набула широкого розповсюдження в лікуванні різних форм жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). Незважаючи на чималий накопичений досвід виконання ЛХЕ і її високу ефективність, можливість виникнення інтра- і післяопераційних ускладнень, що істотно впливають на результати оперативного лікування, подовжують терміни післяопераційного періоду і значною мірою визначають результат захворювання, залишається досить високою [2, 3]. Провідне місце в структурі післяопераційних ускладнень після ЛХЕ займає зовнішнє або внутрішньочеревне жовчовитікання (ЖВ) у ранньому післяопераційному періоді, яке слід розглядати як самостійну проблему, оскільки воно може мати дуже серйозні наслідки і бути небезпечним для життя. Основні причини післяопераційного ЖВ – аберантні печінково-міхурові протоки ложа жовчного міхура (ходи Люшка), негерметичність кукси міхурової протоки і ятрогенні пошкодження магістральних жовчних протоків [1, 4].

Мета дослідження. Поліпшити результати хірургічного лікування хворих на ЖКХ, у яких спостерігали зовнішнє або внутрішньочеревне ЖВ, шляхом розробки показів і технічного вдосконалення застосування релапароскопії, трансдуоденальних ендоскопічних втручань, методів пункцій під контролем ультрасонографії (УС) і їх комбінацій, для зниження числа лапаротомних операцій.

Дослідження виконане відповідно до комплексної науково-дослідної роботи кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна «Розробка малоінвазивних оперативних втручань в лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки» № 0100U005308

Матеріали та методи. Проведений аналіз результатів хірургічного лікування 8871 пацієнта з приводу різних форм ЖКХ у клініці хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна з квітня 1994 по травень 2014

року. Всім хворим була виконана ЛХЕ. Діагностична програма включала стандартне загальноклінічне обстеження, УС, ФЕГДС, за показаннями – ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатикографію (ЕРХПГ), КТ і МРТ черевної порожнини. Всі втручання завершували дренажуванням черевної порожнини одним або двома дренажами. У ранньому післяопераційному періоді у 48 (0,54 %) хворих виявлено ЖВ. Жінок було 41 (85,4 %), чоловіків – 7 (14,6 %). Середній вік пацієнтів склав 56,7±6,4 року.

ЖВ спостерігали в 13 (27,1 %) хворих, котрі були прооперовані з приводу хронічного холециститу, і в 35 (72,9 %) – з приводу гострого холециститу. В 39 (81,3 %) хворих відзначали витікання жовчі по дренажу, а у 9 (18,7 %) пацієнтів – скупчення жовчі в черевній порожнині, яке було діагностовано за даними УС після видалення дренажів. Слід зазначити, що з даної групи нами були виключені хворі, в яких причиною ЖВ були ятрогенні пошкодження магістральних позапечінкових жовчних протоків.

Результати досліджень та їх обговорення. Нами вивчалась частота і причини ЖВ в ранньому післяопераційному періоді. Для оцінки післяопераційного ЖВ враховувалися як добова кількість жовчі по дренажах черевної порожнини, так і дані УС – визначали об'єм відмежованого скупчення рідини в проекції ямки видаленого жовчного міхура, а також локалізацію і об'єм вільної рідини в черевній порожнині.

В 21 (43,8 %) хворого ЖВ із виділенням жовчі по дренажу в об'ємі 150–200 мл на добу і за відсутності клініки жовчного перитоніту при УС виявлена рідина в ямці жовчного міхура, що потребувало проведення активної аспірації, антибактеріальної і дезінтоксикаційної терапії. На тлі консервативного лікування, що проводили, під контролем УС спостерігали зменшення об'єму рідини в ямці жовчного міхура. ЖВ із контрольного дренажу спостерігалося впродовж 3–5 діб і закінчувалося під впливом

консервативної терапії без віддалених ускладнень. За наявності ЖВ із контрольного дренажу більше 200 мл протягом 2-3 діб після операції, 18 (37,5 %) хворим проводили УС черевної порожнини, ЕРХПГ, при необхідності – декомпресію біліарного дерева шляхом ендоскопічної папілотомії або з проведенням назобіліарного дренажу. Патогенетично обґрунтованим методом лікування післяопераційного ЖВ є декомпресія біліарної системи. У 9 (18,6 %) пацієнтів ЕПСТ з назобіліарним дренажем виявилось ефективним і ЖВ було ліквідовано протягом 5-8 діб. При безуспішності або неефективності ЕРХПГ, збереженні або посиленні болю в животі, симптомів інтоксикації і подразнення очеревини 9 (18,6 %) хворим була виконана релапароскопія. При санаційній релапароскопії без технічних труднощів виконували додаткову електрокоагуляцію ямки жовчного міхура, кліпували ходи Люшка або неспроможну куксу міхурової протоки, проводили адекватну санацію і дренажу черевної порожнини. Якщо в ході виконання релапароскопії виникали сумніви у відсутності ятрогенного пошкодження позапечінкових жовчних протоків, то обов'язковим вважали виконання інтраопераційної холангіографії через куксу міхурової протоки, що виконали 3 пацієнтам. У 9 (18,7 %) хворих скупчення жовчі в черевній порожнині було виявлене за даними УС після видалення дренажів. У 5 (10,4 %) з них виконувалася релапароскопія з санацією черевної порожнини і дренажем, а в 4 (8,3 %) – обмежене скупчення жовчі в підпечінковому закутку, евакуйоване методом пункції під контролем УС.

Ускладнень при застосуванні даної тактики ми не спостерігали. Лапаротомія була виконана в 3 хворих. У 2 (4,2 %) пацієнтів лапаротомія, санація і дренажу черевної порожнини була виконана з приводу

розлитого жовчного перитоніту на ранніх етапах освоєння лапароскопічних технологій, і в 1 (2,1 %) випадку – при виявленні крайового пошкодження правої печінкової протоки – виконали зашивання дефекту і дренажу жовчного міхура за Вишневським.

Гнійно-септичних ускладнень і летальних результатів у наших спостереженнях не було. При спостереженні за хворими у віддаленому післяопераційному періоді (від 1 року до 12 років) клінічних даних за розвиток стриктур магістральних жовчних протоків не виявлено.

Висновки.

1. Жовчовитікання в післяопераційному періоді в даний час є одним з найбільш частих ускладнень ЛХЕ, а встановлення дренажу в підпечінковий закуток сприяє ранній діагностиці післяопераційних ускладнень.

2. При жовчовитіканні більше 200 мл на добу, необхідне виконання ендоскопічної ретроградної холангіографії з метою діагностики пошкодження магістральних жовчних протоків, при підтвердженні травми загальної печінкової протоки та спільної жовчної протоки показана реконструктивна операція із лапаротомного доступу.

3. Жовчовитікання із дренажу, що супроводжується явищами жовчного перитоніту або значним скупченням жовчі в черевній порожнині за відсутності травми загальної печінкової протоки та спільної жовчної протоки вимагає виконання релапароскопії, яка має не лише діагностичну, але і лікувальну спрямованість.

4. Комплексне застосування релапароскопії, трансдуоденальних ендоскопічних втручань і пункції під контролем ультрасонографії дозволяє істотно зменшити число лапаротомних операцій для корекції ускладнень, що виникли.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бебуришвили А.Г. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение / А.Г. Бебуришвили, Е.Н. Зюбина, А.Н. Акинчид [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2009. — Т. 14, №3. — С. 18—21.
2. Грубник В.В. 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.
3. Соколов А.А. 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.
4. Малоштан А.В. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / А.В. Малоштан, В.В. Бойко, А.М. Тищенко, И.А. Криворучко. — Х.: СИМ, 2005. — С. 367.

E.D. KHVOROSTOV, S.O. BYCHKOV, R.M. GRNYOV

Kharkiv national university by V.N. Karazin, Faculty of Medicine, Department of Surgical diseases, Kharkiv

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF VIDEOENDOSCOPIC TECHNOLOGIES IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF BILE LEAKAGE AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

The paper analyzes the results of surgical treatment of 8871 patients with cholelithiasis who underwent laparoscopic cholecystectomy. Postoperative bile leakage was observed in 43 (0.54%) 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, puncture under ultrasound treatments and relaparoscopy were effective in 27 (56.3 %) patients.

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

Стаття надійшла до редакції: 16.05.2014