

УДК: 616.366-089.87-008.8-089

DOI: 10.26565/2617-409X-2018-1-03

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ПРИМЕНЕНИЮ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ

Е. Д. Хворостов, Р. Н. Гринёв, С. А. Бычков, А. И. Цивенко, Е. В. Шевченко.

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

В работе проведен анализ результатов хирургического лечения 10243 больных желчнокаменной болезнью, которым выполнили лапароскопическую холецистэктомию. Желчеистечение в послеоперационном периоде наблюдали у 60 (0,59%) больных. Разработанная хирургическая тактика базируется на данных ультрасонографии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии позволяет улучшить результаты лечения и избежать гнойно-септических осложнений и летальных исходов. Консервативное лечение, малоинвазивные эндоскопические, пункционные под контролем ультрасонографии методы и релапароскопия были эффективными у 52 (86,7%) больных.

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

Введение

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время получила широкое распространение в лечении различных форм желчнокаменной 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. 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 [1,2,3]. Основные причины послеоперационного ЖИ – аберрантные печеночно-пузырные протоки ложа желчного пузыря (ходы Люшка), негерметичность культы пузырного протока и ятрогенные повреждения магистральных желчных протоков.

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

Материалы и методы

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

желчекаменной болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки», № 0100U005308.

Проведен анализ результатов хирургического лечения 10243 пациентов, которым была выполнена ЛХЭ по поводу различных форм ЖКБ в клинике хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина с апреля 1994 по январь 2017 года. Диагностическая программа включала в себя стандартное общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ), фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), по показаниям – эндоскопическая ретроградная холангиопакреатография (ЭРХПГ), компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) брюшной полости. Все вмешательства завершали дренированием брюшной полости одним либо двумя дренажами. В раннем послеоперационном периоде у 60 (0,59%) больных отмечено ЖИ. Женщин было 48 (80%), мужчин – 12 (20%). Средний возраст пациентов составил $56,8 \pm 6,2$ года.

ЖИ наблюдалось у 20 (33,3%) больных, оперированных по поводу хронического холецистита, и у 40 (66,7%) – по поводу острого холецистита. У 50 (83,3%) больных отмечалось поступление желчи по дренажу, а у 10 (16,7%) пациентов – скопление желчи в брюшной полости диагностировано после удаления дренажей.

Следует отметить, что из данной группы нами были исключены больные, причиной ЖИ у которых были ятрогенные повреждения магистральных внепеченочных желчных протоков.

Нами изучена частота и причины ЖИ в раннем послеоперационном периоде. Для оценки послеоперационного ЖИ учитывался 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.

Результаты исследования и их обсуждение

У 21 (35%) больных ЖИ с дебетом 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, 21 (35%) больным проводили декомпрессию билиарного дерева путём эндоскопической папиллотомии или с проведением назобилиарного дренажа. Патогенетически обоснованным методом лечения послеоперационного ЖИ является декомпрессия билиарной системы. У 10 (16,7%) пациентов эндоскопическая папиллосфинктеротомия (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 11 (18,3%) 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 имелись признаки ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков, то обязательным считали выполнение интраоперационной холангиографии через культю пузырного протока, что было произведено 7 пациентам. У 10

(16,7%) больных скопление желчи в брюшной полости было выявлено по данным УЗИ после удаления дренажей. У 6 (10%) из них выполнялась релапароскопия с санацией брюшной полости и дренированием, а у 4 (6,7%) – ограниченное скопление желчи в подпеченочном пространстве эвакуировано пункционным методом под контролем УЗИ.

Осложнений при применении данной тактики не наблюдалось. Лапаротомия была выполнена у 8 (13,3%) больных. У 5 (8,3%) пациентов лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости была выполнена по поводу разлитого желчного перитонита на ранних этапах освоения лапароскопических технологий и у 1 (1,7%) больного при выявлении краевого повреждения гепатикохоледоха произведено ушивание дефекта и дренирование холедоха по Вишневному.

У 2 (3,3%) пациентов причиной послеоперационного ЖИ был дефект гепатикохоледоха более чем на 2/3 его диаметра. Этим больным выполнили наложение гепатикоюноанастомоза на выключенной петле тонкой кишки по Ру с адекватной санацией и дренированием брюшной полости.

Оценка непосредственных результатов в послеоперационном периоде показала, что у 4 больных отмечались осложнения в виде нагноения послеоперационных ран и у 2 — продолжающееся желчеистечение, которое потребовало выполнения повторной релапароскопии с последующим успешным выздоровлением больных.

При наблюдении за больными в отдаленном послеоперационном периоде (от 1 года до 12 лет) клинических данных за развитие стриктур магистральных желчных протоков не выявлено.

Выводы

Желчеистечение в послеоперационном периоде в настоящее время является одним из наиболее частых осложнений ЛХЭ, рутинное дренирование подпеченочного пространства способствует ранней диагностике послеоперационных осложнений.

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.

Желчеистечение по дренажу, сопровождающиеся явлениями желчного перитонита либо значительным скоплением желчи в брюшной полости при отсутствии травмы гепатикохоледоха требует выполнения релапароскопии с диагностической и лечебной целью.

Стандартизация комплексного применения релапароскопии, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств и пункционных методик позволяет существенно уменьшить число лапаротомных операций для коррекции возникших осложнений.

Литература

1. Абу Шамсия Р.Н. Эндовидеохирургия в лечении послеоперационных внутрибрюшных осложнений / Р.Н. Абу Шамсия // Хірургія України. — 2012.— №4.— С. 93—99.
2. Нестандартные лапароскопические операции при технически сложных холецистэктомиях/ В.В. Грубник, А.И. Ткаченко, М.В. Прикупенко [и др.] // Шпитальна хірургія. -2013.- №1,Т.61.-С.32-35.
3. Fu C.Y. The effects of repeat laparoscopic surgery on the treatment of complications resulting from laparoscopic surgery / C.Y. Fu, C.H. Hsieh, C.H. Shih [et al.] // Am. Surg. – 2012. – № 9, Vol.78. – P. 926–932.

**СТАНДАРТИЗАЦІЯ ПІДХОДІВ ДО ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ
В ЛІКУВАННІ ЖОВЧОВИТІКАННЯ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ
ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЙ**

Є. Д. Хворостов, Р. М. Гриньов, С. О. Бичков, О. І. Цівенко, Є. В. Шевченко.

У роботі проведено аналіз результатів хірургічного лікування 10243 хворих на жовчнокам'яну хворобу, яким виконали лапароскопічну холецистектомію. Жовчовитікання в післяопераційному періоді спостерігали у 60 (0,59%) хворих. Розроблена хірургічна тактика базується на даних ультрасонографії і ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатікографії і дозволяє поліпшити результати лікування і уникнути гнійно-септичних ускладнень і летальних випадків. Консервативне лікування, мініінвазивні ендоскопічні, пункційні під контролем ультрасонографії методи і релапароскопія були ефективними у 52 (86,7%) хворих.

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

**THE STANDARDISATION OF MINIMALLY INVASIVE METHODS APPROACHES IN
TREATMENT OF POST-LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY BILE LEAKAGE**

E. D. Khvorostov, R. N. Hrynov, S. A. Bychkov, A. I. Tsivenko, E. V. Shevchenko.

The paper analyses the results of surgical treatment of 10243 patients with cholelithiasis who underwent laparoscopic cholecystectomy. In the early postoperative period 60 patients (0.59%) had bile leakage. Developed surgical technique based on ultrasound data and endoscopic retrograde cholangiopancreatography can improve the results of treatment and avoid septic complications and lethal outcomes. Conservative treatment, minimally invasive endoscopic techniques, ultrasound guided puncture methods and relaparoscopy were effective in 52 patients (86,7%).

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