

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

П.А. АСКАРОВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, К.Э. РАХМАНОВ, Ж.С. СОБИРОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КЕЙИН ЎТ-САФРО ОҚИШИ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

П.А. АСКАРОВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, К.Э. РАХМАНОВ, Ж.С. СОБИРОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH BILE LEAKAGE AFTER CHOLECYSTECTOMY

P.A. ASKAROV, Z.B. KURBANIYAZOV, K.I. RAKHMANOV, J.S. SOBIROV

Samarkand State medical institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Тадқиқот мақсади. Холецистэктомиядан кейин операциядан кейинги эрта даврда ўт-сафро оқиши кузатишган беморларда хирургик тактикани ишлаб чиқиш ва даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материаллари ва текшириш усуллари. СамМИ клиникасида 2005-2014 йилларда холецистэктомия ўтказган 2247 нафар беморнинг хирургик даволаш натижалари таҳлил этилди. Операциядан кейинги эрта даврда 52 (2,31%) нафар беморда ўт-сафро оқиши кузатилди. Ўт-сафро оқиши сабабини аниқлаш мақсадида УТТ, КТ, фистулография ва ЭРПХГ қўлланилди.

Натижалар. Операциядан кейинги ўт-сафро оқишини баҳолаш учун Л. Morgenstern (2006) классификацияси ва магистрал ўт йўлларининг жароҳатини аниқлаш мақсадида Э.И. Гальперин (2002) классификацияси қўлланилди. Қорин бўшлиғидаги дренаж най орқали оқаётган ўт-сафронинг нафакат суткалик дебити, балки УТТ ёрдамида ўт пуфаги ётоғи проекциясида йиғилган суюқлик ҳажми ва қорин бўшлиғидаги эркин суюқлик инobatта олинди.

Хулоса. Холецистэктомиядан кейин ўт-сафро оқиши 0,74%ни ташкил этади. Операциядан кейин ўт-сафро оқишининг манбаини 54,72% холларда ўт йўлларининг «кичик» жароҳатлари, 25,26% холларда эса магистрал ўт йўлларининг жароҳатлари ташкил этади. 20,02% холда манба аниқланмади. Операциядан кейин ўт-сафро оқишининг диагностикасида УТТ бошланғич усул ҳисобланади. Ўт-сафро оқишининг 1 даражасида, қорин парда таъсирланиш ва интоксикация белгилари бўлмаганда динамик кузатиш тактикаси қўлланилди. Ўт-сафро оқишининг 2-3 даражаларида кўрсатмага кўра қайта лапароскопия ва лапаротомия тавсия этилади.

Калит сўзлар: *ўт йўллари, холецистэктомия, ўт-сафро оқиши.*

Research objective. To develop surgical tactics and to improve results of treatment of patients with a leakage in the next postoperative period after a choletsistektomiya.

Material and methods of research. We analysed results of surgical treatment of 2247 patients who transferred a choletsistektomiya in clinic of SamMI in the period of 2010 – 2014 year. In the early postoperative period it were marked out leakage at 52 (2,31%) the patient. For the purpose of identification of a leakage applied the following methods of research: Ultrasonography, KT, fi-stulografiya, ERPHG.

Results. For an assessment of a postoperative leakage used the modified classification of L. Morgenstern (2006), for definition of damages of magistral bile ducts used E.I. Galperin's classification (2002). Considered not only a daily output of bile on a drainage of an abdominal cavity, but also liquid congestion volume in projections of a bed of a gall bladder, and also availability of free liquid in an abdominal cavity according to ultrasonography.

Conclusions. Leakage frequency after choletsistektomiya makes 0,74% (after THE – 2,44%, after LHE – 1,08%, after MHE – 2,47%). "Small" damages of bilious channels and 25,26% cases – damage of the main bilious channels were sources of a postoperative leakage in 54,72% of supervision. In 20,02% cases the source isn't established. Ultrasonography is an initial method of diagnostics of a postoperative leakage. At a leakage of 1 degree, lack of signs of irritation of a peritoneum and symptoms of intoxication it is necessary to adhere to tactics of active dynamic supervision. At a leakage of 2-3 degrees repeated intervention – a laparoscopy, a laparotomy is shown.

Key words: *bile ducts, choletsistektomiya, leakage.*

Желчеистечение - одно из наиболее серьезных осложнений, возникающих после удаления желчного пузыря. Это осложнение следует рассматривать как самостоятельную проблему, поскольку оно может быть следствием ятрогенного повреждения магистральных желчных протоков и быть опасным для жизни. Частота желчеистечения после различных видов холецистэктомий составляет 0,90 - 5,73%. Наиболее частым источником желчеистечения считают добавочные печеночно-пузырные протоки ложа желчного пузыря, несостоятельная культя пузырного протока и повреждение магистральных желчных протоков (А.Г. Кригер с соавт. 1999 наблюдали в 0,65%). В зависимости от источника, как правило, различаются темп и тяжесть желчеистечения. Даже небольшое желчеистечение в брюшную полость может привести к тяжелым осложнениям.

Четкие описания клинической картины желчеистечения отсутствуют. Вместе с тем А. N. Barkun et al. (1997) отмечает, что у таких пациентов могут быть боли в животе, лихорадка и напряжение брюшных мышц. Могут иметь место нейтрофильный сдвиг в крови, повышение уровня печеночных ферментов. Диагностика внутрибрюшного желчеистечения - сложная задача. Наличие страховочного дренажа в подпеченочном пространстве способствует ранней диагностике и профилактике билиарного перитонита. При отсутствии дренажа целесообразно расширение показаний к послеоперационным УЗИ в 1-2-е сутки. К внутрибрюшным осложнениям относятся билломы брюшной полости, перитонит. Достаточно эффективным может быть пункционное дренирование биллом под УЗ-наведением или проведение лапароскопических санаций с дренированием (А.Г. Бебуришвили и соавт., 2009; Э.И. Гальперин и соавт., 2010). Запоздалая диагностика внутрибрюшных послеоперационных осложнений связана со стертостью клинических симптомов и наличием психологического барьера у хирурга и у больного перед предстоящим повторным вмешательством. Это нередко приводит к консервативной длительной терапии и неоправданной потере времени (В.В. Бойко и соавт., 2009). У части больных повторные операции не выполняются, хотя они были показаны. Задержки с оперативным вмешательством приводят к высокой летальности. В тоже время, незначительное желчеистечение из дренажной трубки иногда вынуждают хирурга идти на неоправданную лапаротомию.

Широкое внедрение УЗИ и лапароскопии в лечение послеоперационных желчеистечений обуславливает необходимость разработки новой лечебно-диагностической тактики.

Цель исследования. Разработать хирургическую тактику и улучшить результаты лечения больных с желчеистечением в ближайшем послеоперационном периоде после холецистэктомии.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 2247 больных, перенесших холецистэктомию в клинике СамМИ в период 2005 -2014гг. В зависимости от способа оперативного вмешательства пациентов разделили на 3 группы. В 1 группу включили 1047 больных, перенесших ЛХЭ; мужчин было 210 (20,05%), женщин 837 (79,94%). Во 2-ю группу вошло 896 пациентов, перенесших МХЭ; мужчин было 135 (15,07%), женщин 761 (84,93%). В 3-ю группу были включены 304 больных, перенесших ТХЭ; мужчин было 35 (11,51%), женщин 269 (88,48%). Средний возраст пациентов в группах составил $55,8 \pm 9,7$ года, соотношение мужчин и женщин - 1:7. Желчеистечение в раннем послеоперационном периоде отмечалось у 52 (2,31%) больных. С целью выявления желчеистечения применяли следующие методы исследования: УЗИ, КТ, фистулография, ЭРПХГ.

Результаты и их обсуждение. В исследуемых группах были изучены частота и источники послеоперационного желчеистечения, а также характер и локализация повреждений МЖП. Для оценки послеоперационного желчеистечения использовали модифицированную классификацию L. Morgenstern (2006), для определения повреждений МЖП пользовались классификацией Э.И. Гальперина (2002). Учитывали не только суточный дебит желчи по дренажу брюшной полости, но и объем скопления жидкости в проекции ложа желчного пузыря, а также наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ.

В 1 группе желчеистечение диагностировано у 22 (2,1%) больных, во второй группе у 18 (2,0%), в 3-й - у 12 (3,9%) пациентов. У 34 (65%) пациентов желчеистечение отмечалось после экстренных операций, у 18 (35%) - после плановых операций.

Желчеистечение 1 степени (до 100мл/сут по дренажу брюшной полости или ограниченное скопление жидкости в ложе желчного пузыря в периметре до 5 см при УЗИ) выявлено у 21 (33,68%) больных, 2 степени (100-500 мл/сут по дренажу или свободная жидкость над и под печенью при УЗИ) - у 19 (50,52%) пациентов, 3 степени (более 500 мл/сут по дренажу и свободная жидкость в 3 и более областях брюшной полости) - у 12 (15,78%) больных.

Таблица 1.

Источники послеоперационного желчеистечения

Группа больных, перенес- ших	Количество наблюдений, абс. (%)					Все- го
	Дополнитель- ный проток в ложе желчного пузыря	Поврежде- ние желч- ных прото- ков	Несостоятель- ность культи пузырного про- тока	Самопроизволь- ное выпадение дренажа пузырь- ного протока	Источник желчеистече- ния не уста- новлен	
ЛХЭ	7	6	3	-	6	22
МХЭ	5	5	1	-	7	18
ТХЭ	3	3	1	2	3	12
Итого	15(45,26)	14 (25,26)	5 (7,36)	2 (2,1)	16 (20,02)	52 (100)

Источниками послеоперационного желчеистечения в 15 наблюдениях были дополнительные протоки в ложе желчного пузыря, в 14 случаях – ятрогенное повреждение МЖП (пристеночное краевое ранение, пересечение и иссечение холедоха), у 5 больных – несостоятельность культи пузырного протока, вследствие соскальзывания клипсы, у 2 пациентов отмечалось самостоятельное выпадение дренажа из культи пузырного протока. В 16 наблюдениях источник желчеистечения установлен не был. У 14 из них ввиду неосложненного течения желчеистечения и его быстрого прекращения на фоне проводимой консервативной терапии. У 2 больных – при релапароскопии. Таким образом, основными причинами желчеистечения у большинства пациентов были добавочные желчные протоки в ложе желчного пузыря, наличие внутрипротоковой гипертензии (холедохолитиаз, стенозирующий папиллит, стеноз дистального отдела холедоха, острый панкреатит), а также ятрогенное повреждение МЖП. Источник послеоперационного желчеистечения был установлен во время повторного вмешательства у 36 (69,23%) из 52 пациентов.

Желчеистечение 1 степени в 5 (23,8%) случаях было обусловлено добавочным протоком ложа желчного пузыря (ход Люшка у 4 пациентов, дополнительный проток квадратной доли печени – у 1), в 2 наблюдениях (9,52%) несостоятельностью культи пузырного протока, в

14(66,6%) - источник желчеистечения не установлен. Источниками желчеистечения 2 степени в 10 (52,6%) случаях были дополнительные протоки ложа желчного пузыря, в 2 (10,5%) - ятрогенное повреждение МЖП (пристеночное краевое ранение), в 3 (14,3%) - несостоятельность культи пузырного протока, в 2-х случаях выпал дренаж из культи пузырного протока. В 12 случаях желчеистечения 3 степени было обусловлено повреждением магистральных желчных протоков (краевое повреждение – 3, пересечение - 5 и иссечение – 4) (таб. 2).

При истечении желчи по дренажу инструментальное обследование всех больных начинали с УЗИ для обнаружения свободной жидкости в брюшной полости или отграниченных ее скоплений. Кроме того, при УЗИ оценивали диаметр магистральных желчных протоков как одну из важных характеристик нарушения оттока желчи. Для получения дополнительной информации о характере скопления жидкости в брюшной полости 10 больным выполнили чревокожную пункцию под контролем УЗИ, которая в 5 случаях отграниченного скопления желчи стала окончательным методом лечения осложнения.

Пациентам, у которых холецистэктомию заканчивали дренированием через культю пузырного протока, для определения источника желчеистечения выполняли фистулохолангиографию.

Таблица 2.

Распределение больных по степени желчеистечения

Степень желчеистече- ния	Количество наблюдений, абс.					Все- го
	Дополни- тельный проток в ло- же желчного пузыря.	Повре- ждение МЖП	Несостоятель- ность культи пузырного про- тока	Самопроиз- вольное выпадение дренажа пузырьного протока	Источ- ник не установ- лен	
1	5	-	2	-	14	21
2	10	2	3	2	2	19
3	-	12	-	-	-	12
Итого	15	14	5	2	16	52

При истечении желчи 1 степени по дренажу или отграниченных скоплениях жидкости в проекции ложа желчного пузыря не более 5 см по данным УЗИ, а также при удовлетворительном состоянии больного, отсутствии симптомов раздражения брюшины и изменений в анализе крови у 16 больных придерживались тактики активного динамического наблюдения с обязательным ультразвуковым контролем. Инвазивных вмешательств в таких ситуациях, как правило, не требовалось. Желчеистечение прекращалось самостоятельно на 2-5 сутки после операции. У 5 больных по данным УЗИ отмечалось наличие биломы в подпеченочной области более 5 см, боли в правом подреберье, отсутствие признаков разлитого перитонита производили пункцию под контролем УЗИ с аспирацией содержимого.

При истечении желчи по дренажу 2 степени, появление боли в животе, симптомов интоксикации и раздражения брюшины выполняли лапароскопию, при которой у 10 пациентов источником желчеистечения были дополнительные протоки ложа желчного пузыря. Во всех наблюдениях клипировали добавочные протоки 1-2 клипсами, санировали брюшную полость, к ложу пузыря устанавливали дренаж.

Несостоятельность культи пузырного протока во время лапароскопии была обнаружена у 3 больных. Причиной желчеистечения у 2 больных явилось резидуальный холедохолитиаз, выявленный во время ЭРПХГ. Произведено ЭПСТ с холедохолитозэкстракцией. У 1 пациента причиной явился острый панкреатит. Произведена лапаротомия дренирование холедоха по Вишневскому.

У 2 больных во время релапароскопии источник желчеистечения не установлен. Произведена санация брюшной полости и дренирование подпеченочного пространства.

2 больным у которых отмечалось самостоятельное выпадение дренажа из пузырного протока произведена лапаротомия с дренированием холедоха по Вишневскому.

2 больным, у которых во время лапароскопии было выявлено повреждение МЖП и 12 пациентам у которых отмечалось желчеистечение 3 степени производили лапаротомию. Во время лапаротомии у 11 больных выявлено пересечение и иссечение МЖП, у 3 больных - пристеночное краевое ранение холедоха. При проведении операций на МЖП мы обращали внимание на ряд факторов: характер повреждения, локализация повреждения, наличие перитонита в послеоперационном периоде, состояние пересеченного протока. Пациентам с краевым повреждением на проток наложены 2-3 шва (пролен 5/0) на дренаже Кера. 2 больным с пересечением МЖП

на уровне +2 наложен ББА на дренаже Кера, 2 на уровне +1 – ГепДА. 1 больному с пересечением гепатикохоледоха на уровне +1 - дренирование проксимальной части гепатикохоледоха, которому через 3 месяца выполнена реконструктивная операция ГепЕА по Ру на СТД. Всем больным с иссечением МЖП первым этапом производились дренирование проксимальной культи желчного протока, после чего 2-м больным с иссечением на уровне -2 наложен БиГепЕА по Ру на СТД, 2 на уровне +1 – ГепЕАпо Ру без каркасного дренирования.

Таким образом, при послеоперационном желчеистечении первоочередным методом диагностики считаем УЗИ. Если в желчном протоке установлен дренаж, можно выполнить фистулохолангиографию. При отсутствии дренажей, клинических признаках желчеистечения и наличии свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ необходимо произвести лапароскопию, позволяющую установить источник желчеистечения и выполнить лечебные манипуляции. При повреждении магистральных желчных протоков необходима лапаротомия.

Заключение. Частота желчеистечения после холецистэктомии составляет 0,74% (после ТХЭ – 2,44%, после ЛХЭ – 1,08%, после МХЭ – 2,47%). Источниками послеоперационного желчеистечения в 54,72% наблюдений были «малые» повреждения желчных протоков и 25,26% случаях – повреждение магистральных желчных протоков. В 20,02% случаях источник не установлен.

УЗИ является начальным методом диагностики послеоперационного желчеистечения.

При желчеистечении 1 степени, отсутствии признаков раздражения брюшины и симптомов интоксикации необходимо придерживаться тактики активного динамического наблюдения. При желчеистечении 2-3 степени показано повторное вмешательство – лапароскопия, лапаротомия.

Литература:

1. Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю. Лечение ятрогенных повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. // Анналы хирургической гепатологии, 2006, том 11, №2. С.49-56.
2. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Акинчиц А.Н., Веденин Ю.И. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение. // Анналы хирургической гепатологии, 2009, том 14, № 3. С. 18-21.
3. Гальперин Э.И. Что должен делать хирург при повреждении желчных протоков. // 50 лекций по хирургии. 2003. С. 422-436.
4. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. Факторы, определяющие выбор операции при «свежих»

повреждениях магистральных желчных протоков. // Анналы хирургической гепатологии, 2009, том 14, № 1. С. 49-56.

5. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. «Свежие» повреждения желчных протоков. // Хирургия. 2010. №10. С. 4-10.

6. Майстренко Н.А., Стукалов В.В., Шейко С.Б. Новые технологии в реконструктивной хирургии «свежих» повреждений желчных протоков. // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10. № 2. С. 59.

7. Назиров Ф.Г., Хаджибаев А. М., Алтыев Б. К., Девятов А. В., Атаджанов Ш. К. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков // Хирургия. 2006. №4. С.46-52.

8. Нечай А.И., Новиков К.В. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии и резекции желудка.// Анналы хирургической гепатологии, 2006, том 11, №4. С.95-100.

9. Тимербулатов М.В., Хафизов Т.Н., Сендерович Е.И. Хирургическая коррекция ранних послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии. // Эндоскопическая хирургия, 2010. №1. С. 25-27.

10. Чернышев В. Н., Романов В. Е., Сухоруков В. В. Лечение повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. // Хирургия. 2004. № 11. С. 41-49.

11. Шаповальянц С.Г., Орлов С.Ю., Будзинский С.А., Федоров Е.Д., Матросов А.Л., Мыльников А.Г. Эндоскопическая коррекция рубцовых стриктур желчных протоков. // Анналы хирургической гепатологии, 2006, том 11, № 2. С. 57-64.

12. Bismuth H., Majno P.E. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment // Wrlld J. Surg. 2001. V. 25. N 10. P. 1241-1244.

13. Misra S., Melton G.B., Geschwind J.P. et al. Percutaneous management of bile duct strictures and injuries associated with laparoscopic cholecystectomy: a decade of experience. J Am coll Surg 2004; 198: 2: 218-226.

14. Schiano Di Visconte m. Analisis of patogenetic mechanisms of common bile duct iatrogenic lession during laparoscopic cholecystectomy//Minerva Chir. 2002. V. 57. № 5. P. 663-667.

15. Strasberg S.M., Herd M., Soper N.J. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy // J. Am Coll. Surg. 1995. V. 180. NN 1-2. P. 101-125.

16. Way L., Stewart L., Gantert W. et al. Causes and prevention of laparoscopic bile duct injuries. Ann Surg 2003; 237: 461-469.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

П.А. АСКАРОВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ,
К.Э. РАХМАНОВ, Ж.С. СОБИРОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Цель исследования. Разработать хирургическую тактику и улучшить результаты лечения больных с желчеистечением в ближайшем послеоперационном периоде после холецистэктомии.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 2247 больных, перенесших холецистэктомию в клинике СамМИ в период 2005 -2014гг. Желчеистечение в раннем послеоперационном периоде отмечались у 52 (2,31%) больного. С целью выявления желчеистечения применяли следующие методы исследования: УЗИ, КТ, фистулография, ЭРПХГ.

Результаты. Для оценки послеоперационного желчеистечения использовали модифицированную классификацию L. Morgenstern (2006), для определения повреждений МЖП пользовались классификацией Э.И. Гальперина (2002). Учитывали не только суточный дебит желчи по дренажу брюшной полости, но и объем скопления жидкости в проекции ложа желчного пузыря, а также наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ.

Выводы. Частота желчеистечения после холецистэктомии составляет 0,74% (после ТХЭ – 2,44%, после ЛХЭ – 1,08%, после МХЭ – 2,47%). Источниками послеоперационного желчеистечения в 54,72% наблюдений были «малые» повреждения желчных протоков и 25,26% случаях – повреждение магистральных желчных протоков. В 20,02% случаях источник не установлен.

УЗИ является начальным методом диагностики послеоперационного желчеистечения.

При желчеистечении 1 степени, отсутствии признаков раздражения брюшины и симптомов интоксикации необходимо придерживаться тактики активного динамического наблюдения. При желчеистечении 2-3 степени показано повторное вмешательство – лапароскопия, лапаротомия.

Ключевые слова: желчные протоки, холецистэктомия, желчеистечение.