

ПРИЧИНЫ И ПУТИ УСТРАНЕНИЯ РАННИХ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Ф.Г. НАЗЫРОВ¹, М.М. АКБАРОВ¹, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ², М.Ш. НИШАНОВ¹, К.Э. РАХМАНОВ²

1 – Республиканский специализированный Центр хирургии им. акад. В.Вахидова, Республика Узбекистан, г. Ташкент

2 – Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КЕЙИН КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ЭРТА БИЛИАР АСОРАТЛАРНИНГ САБАБИ ВА УЛАРНИ БАРТАРАФ ЭТИШ ЙЎЛЛАРИ

Ф.Г. НАЗЫРОВ¹, М.М. АКБАРОВ¹, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ², М.Ш. НИШАНОВ¹, Қ.Э. РАХМАНОВ²

1 – Акад. В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

2 – Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

CAUSE AND CURE EARLY BILIARY COMPLICATIONS AFTER CHOLECYSTECTOMY

F.G. NAZYROV¹, M.M. AKBAROV¹, Z.B. KURBANIYAZOV², M.Sh. NISHANOV¹, K.E. RAKHMANOV²

1 - Republican Specialized Surgery Center named after acad. V.Vahidov, Republic of Uzbekistan, Tashkent

2 – Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Бизнинг тадқиқотимизда эрта билиар асоратлар келиб чиқишида R.Martin & R.Rossi баён қилган учта хавф омилнинг ҳаммаси кузатилди. Шулардан хавфли анатомия 46,3% ҳолатда, хавфли патология 42,6% ҳолатда ва 11,1% ҳолатда хавфли хирургия омили кузатилди. 1,2% ҳолатда холецистэктомиядан кейин эрта даврда билиар асоратлар кузатилди. Холецистэктомия турига боғлиқ бўлмаган равишда 0,8 - 1,0% кузатишларда операциядан кейинги сафро оқиш аниқланди. Механик сариклик синдроми кўпинча кам инвазив операциялардан кейин кузатилди.

Калит сўзлар: Холецистэктомия, билиар асоратлар, хавф омиллари, қайта тикловчи ва реконструктив операциялар.

In our study met all three risk factors of early biliary complications, which describe R.Martin & R.Rossi. So dangerous anatomy was observed in 46.3% of cases, dangerous pathology in 42.6% of cases and in 11.1% of cases dangerous surgery. Biliary complications early after cholecystectomy identified in 1.2% of cases. Postoperative bile leakage was observed in the 0.8 - 1.0% of cases and does not depend on the type of cholecystectomy. Jaundice syndrome were significantly more frequent after minimally invasive interventions.

Key words: Cholecystectomy, biliary complications, risk factors, restorative and reconstructive surgery.

Билиарные осложнения внепеченочных желчных протоков (ВЖП) во время холецистэктомии происходит довольно часто, о чем свидетельствуют сообщения в различных медицинских изданиях и средние. При открытой холецистэктомии (ОХЭ) они составляют 0,1-1,0%, при лапароскопических операциях – 0,4-3,5% и даже 7% [2, 4, 8]. С.И. Емельянов и соавт. приводят следующие данные: частота повреждения внепеченочных желчных протоков во время ОХЭ составила 0,06%, при лапароскопической – 0,6% [3, 4, 8, 9].

Ф.Г. Назыров и соавт. (2005) представили анализ хирургического лечения 336 больных с рубцовыми стриктурами и наружными свищами ВЖП ятрогенного происхождения. Причинами образования рубцовых стриктур и наружных свищей явились интраоперационные повреждения при холецистэктомии, резекции желудка и эхинококкэктомии [5, 7].

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ результатов обследования и лечения 54 больных с ранними билиарными осложнениями после различных видов холецистэктомии оперированных в период с 2007 по 2014 гг. Ранним мы считали осложнения которые выявлены интраоперационно и в послеоперационном периоде от момента окончания операции до выписки больного из стационара.

За указанный период было выполнено 2234 ОХЭ. При выполнении ОХЭ ранние билиарные осложнения отмечены у 7 (0,3%) пациентов: из них желчеистечение развилось у 4 (57,1%) пациентов, а у 3 (42,9%) больных осложнения выявлены интраоперационно.

При выполнении минилапаротомной холецистэктомии (МЛХЭ) у 896 больных билиарные осложнения отмечены у 14 (1,6%) пациентов. У 8 (57,1%) больных наблюдалось желчеистечение, у 3 (21,4%) больных в раннем послеопера-

ционном периоде развилась механическая желтуха, и еще у 3 (21,4%) больных билиарные осложнения выявлены во время операции.

За 2007-2014 гг. лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполнено у 1391 больных, из них у 33 (2,4%) наблюдали ранние билиарные осложнения. У 23 (69,7%) больных была клиника желчеистечения по дренажу и в брюшную полость. Механическая желтуха развилась у 4 (12,1%) больных, у 1 пациентки с иссечением и клипированием проксимальной культи гепатикохоледоха (ГХ) наблюдали желчеистечение и механическую желтуху. Во время операции краевое повреждение ГХ выявлено у 5 (15,1%) больных (табл. 1, 2).

Результаты исследования. В зависимости от причин ранних билиарных осложнений боль-

ные были распределены по классификации R.Martin & R.Rossi [5].

Опасная анатомия. Из 54 больных оперированными нами у 2 (3,7%) больных причинами ранних билиарных осложнений после минилапаротомной и открытой холецистэктомии служило нетипичное анатомическое строение внепеченочных желчных протоков, которое явилось фактором риска, как опасная анатомия. У этих больных «большие» повреждения ВЖП, как пересечение и иссечение было выявлено во время операции.

Дополнительный проток в ложе желчного пузыря также является фактором риска ранних билиарных осложнений. Такой вид опасной анатомии оказался у 23 (42,6%) больных (табл. 3).

Таблица 1.

Характер билиарных осложнений выявленных во время операции

Характер повреждения Вид операции		«Малые» повреждения	«Большие» повреждения		Всего
		Краевое повреждение ГХ	Пересечение ГХ	Иссечение ГХ	
Интраоперационно выявленные	ЛХЭ	5	-	-	5
	МЛХЭ	2	1	-	3
	ТХЭ	2	-	1	3
	Всего	9	1	1	11

Таблица 2.

Характер и признаки билиарных осложнений выявленных в послеоперационном периоде

Характер повреждения Вид операции		«Малые» повреждения			«Большие» повреждения			Всего
		Дополнительный проток в ложе желчного пузыря	Несостоятельность культи пузырного протока	Иссечение ГХ	Иссечение и лигирование проксимальной культи ГХ		Клипирование или лигирование без пересечения ГХ	
					Механическая желтуха + желчеистечение	Механическая желтуха		
		Желчеистечение						
Выявленные в раннем послеоперационном	ЛХЭ	13	3	7	1	2	2	28
	МЛХЭ	7	1	-	-	2	1	11
	ТХЭ	3	1	-	-	-	-	4
	Всего	23	5	7	1	4	3	43
Всего		35			1	4	3	43

Таблица 3.

Распределение больных в зависимости от причин и характера ранних билиарных осложнений (опасная анатомия n=25)

Причины ранних билиарных осложнений		Вид оперативного вмешательства			Всего
		ЛХЭ	МЛХЭ	ОХЭ	
Атипичное строение ВЖП	Пересечение ГХ	-	1	-	2
	Иссечение ГХ	-	-	1	
Дополнительный проток в ложе желчного пузыря		13	7	3	23
Всего		13	8	4	25

Опасная патология. Как фактор риска ранних билиарных осложнений на долю острого холецистита по нашим данным попало 9 (16,7%) больных. Краевое повреждение было выявлено во время операции у 3 больных после лапароскопической и у 2 больных после минилапаротомной холецистэктомии. У 4 больных иссечение ВЖП было выявлено в раннем послеоперационном периоде после ЛХЭ. Эти осложнения наблюдали у хирургов в период освоения методикой лапароскопической холецистэктомии.

Значительные технические трудности во время выполнения холецистэктомии, у 8 (14,8%) больных возникли при склероатрофическом желчном пузыре. У 2 больных краевое повреждение ВЖП было выявлено после ОХЭ. У 3 больных с клиникой перитонита в раннем послеоперационном периоде после ЛХЭ выявлено иссечение ВЖП. У 3 больных желчеистечение в раннем послеоперационном периоде наблюдалось из-за соскальзывания клипс и лигатуры после ЛХЭ (2) и ОХЭ (1).

У 6 (11,1%) больных причиной желчеистечения в раннем послеоперационном периоде явился синдром Мириizzi. У 2 больных истечение желчи выявлено во время операции, источ-

ником которого было парциальное повреждение ВЖП. У 2 больных в раннем послеоперационном периоде развилась клиника механической желтухи из-за иссечения и клипирования проксимальной культы ВЖП, которая принята за пузырный проток во время ЛХЭ при осложнении ЖКБ синдромом Мириizzi IV типа. Из-за соскальзывания клипс и лигатуры у 2 больных в раннем послеоперационном периоде проявилась клиника желчеистечения по контрольному дренажу. Причиной которой явилось холедохолитиаз при синдроме Мириizzi (табл. 4).

Опасная хирургия. Вслепую наложение зажима и клипс при кровотечении во время холецистэктомии явилось причиной ранних билиарных осложнений у 6 (11,1%) больных. У всех этих больных в раннем послеоперационном периоде проявилась клиника механической желтухи. У 3 из этих больных из-за иссечения и клипирования или лигирования проксимальной культы желчного протока у 1 пациента после ЛХЭ и у 2 больных после МЛХЭ. Еще у 3 больных клиника механической желтухи проявилась из-за клипирования и лигирования желчного протока без пересечения, у 2 из них после ЛХЭ и 1 больной после МЛХЭ (табл. 5).

Таблица 4.

Распределение больных в зависимости от причин и характера ранних билиарных осложнений (опасная патология n=23)

Причины ранних билиарных осложнений		Вид оперативного вмешательства			Всего
		ЛХЭ	МЛХЭ	ОХЭ	
Острый холецистит	Краевое повреждение ГХ	3	2	-	9
	Иссечение ГХ	4	-	-	
Склероатрофический желчный пузырь	Краевое повреждение ГХ	-	-	2	8
	Иссечение ГХ	3	-	-	
	Несостоятельность культы пузырного протока	2	-	1	
Синдром Мириizzi	Краевое повреждение ГХ	2	-	-	6
	Иссечение и клипирование проксимальной культы ГХ	2	-	-	
	Несостоятельность культы пузырного протока	1	1	-	
Всего		17	3	3	23

Таблица 5.

Распределение больных в зависимости от причин и характера ранних билиарных осложнений (опасная хирургия n=6)

Причина ранних билиарных осложнений	Вид оперативного вмешательства		Всего
	ЛХЭ	МЛХЭ	
Кровотечение во время операции	Иссечение и лигирование или клипирование проксимальной культы ГХ	2	6
	Лигирование или клипирование ГХ без пересечения	1	

Таблица 6.

Виды выполненных вмешательств при билиарных осложнениях выявленных во время холецистэктомии (n=11)

Вид операции	Характер повреждения	«Малые» повреждения	«Большие» повреждения	
		Краевое повреждение ГХ	Пересечение ГХ	Иссечение ГХ
Ушивание ГХ на дренаже Кера		9	-	-
Наложение ББА			1	-
Наложение ГепЕА по Ру			-	1

Из 54 больных у 11 осложнения выявлены во время операции. У всех больных в области операционного поля появилось желчь из них у 2 после удаления желчного пузыря в нем обнаружили дополнительные трубчатые структуры. Из них у 8 больных с малоинвазивными вмешательствами неясный источник желчи в операционном поле удалось выявить после конверсии. 9 больным с краевыми повреждениями ГХ было выполнено ушивание желчного протока на дренаже Кера. 1 больной наложен билиобилиарный анастомоз (ББА) и 1 больной выполнена реконструктивная операция гепатикоюноанастомоз (ГепЕА) по Ру (табл. 6).

Для оценки послеоперационного желчеистечения использовали модифицированную классификацию L. Morgenstern (2006) [1]. 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 ультразвукового исследования (УЗИ).

Желчеистечение I степени (до 100 мл/сут по дренажу брюшной полости или отграниченное скопление жидкости в ложе желчного пузыря в периметре до 5 см при УЗИ) выявлено у 18 (50,0%) больных, II степени (100-500 мл/сут по дренажу или свободная жидкость над и под печенью при УЗИ) – у 10 (27,8%) пациентов, III степени (более 500 мл/сут по дренажу и свободная жидкость в 3 и более областях брюшной полости) – у 8 (22,2%) больных.

Источник желчеистечения был диагностирован у 36 больных. Среди выявленных источников желчеистечения наиболее часто встречались повреждения внутривисцеральных желчных протоков области ложа желчного пузыря и культя пузырного протока (28 больных), ранения гепатикохоледоха имели место у 8 пациентов.

Патогенетически обоснованным методом лечения послеоперационного желчеистечения является декомпрессия билиарной системы.

При истечении желчи I степени (по L. Morgenstern) 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 14 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 2 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.

Желчеистечение вследствие частичного сокращения клипс с широкой культы пузырного протока после ЛХЭ отмечено у 2 больных, которым потребовалось релапароскопия санация подпеченочной области и дополнительное клипирование культы пузырного протока.

При истечении желчи по дренажу II степени, появление боли в животе, симптомов интоксикации и раздражения брюшины выполняли лапароскопию, при которой у 7 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 культы пузырного протока во время релапароскопии была обнаружена у 3 больных. У 1 пациента причиной явился острый панкреатит. Произведена лапаротомия дренирование холедоха по Вишневскому.

Причиной желчеистечения у 2 больных явилось резидуальный холедохолитиаз, выявленный во время эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ). Пропускной способности терминального отдела холедоха, даже при ненарушенной функции сфинктерного аппарата Фатерова сосочка, бывает недостаточным для создания необходимого градиента давления между желчными протоками и двенадцатиперстной кишкой. Все это создает условия для поступления желчи за пределы протоковой си-

стемы. Наличие стенотических изменений БДС или холедохолитиаза еще в большей степени затрудняет отток желчи, отмечается быстрое нарастание внутрипротокового давления, что при определенных ситуациях приводит к негерметичности культы пузырного протока и попаданию желчи в брюшную полость или, в другом варианте, развитию синдрома механической желтухи. Для декомпрессии билиарной системы и, тем самым, создания оптимальных условий для оттока желчи в двенадцатиперстную кишку (ДПК), а не через несостоятельную культю пузырного протока, у этих 2 больных было достаточно выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с холедохолитоэкстракцией.

При истечении желчи по дренажу III степени у 8 пациентов источником желчеистечения было повреждение ГХ, из них у 7 иссечение ГХ и у 1 пациента иссечение и клипирование проксимальной культы ГХ. У этого пациента призна-

ки раннего билиарного осложнения проявилось клиникой желчеистечения и механической желтухи. Во всех наблюдениях выполняли двухэтапные оперативные вмешательства: первый этап наружное дренирование ГХ, второй этап наложение ГепЕА по Ру на дренаже по Прадери – Смит (2), по Сейпол-Куриан (4) и по Гальперину (2) (табл. 7).

У 7 (12,9%) пациентов ранние билиарные осложнения проявились клиникой *механической желтухи*, вызванной перевязкой с пересечением или без пересечения гепатикохоледоха. Чтобы добиться хороших результатов оперативное вмешательства необходимо произвести до развития печеночной недостаточности, нарушения свертываемости крови. В 3 (42,8%) случаях реконструктивные операции выполнены после предварительной декомпрессии желчных путей. Еще 3 (42,8%) больным выполнено наружное дренирование ГХ на дренаже Кера (табл. 8).

Таблица 7.

Виды выполненных вмешательств в зависимости от источника и степени желчеистечения

Источники желчеистечений после ХЭ (по P. Neuhaus)		Степень желчеистечения (по L. Morgenstern)		Виды выполненных вмешательств	Всего
Периферическое малое желчеистечение:	А ₁ - несостоятельность культы пузырного протока	I	2	релапароскопия санация подпеченочной области и дополнительное клипирование культы пузырного протока	2
		II	3	ЭПСТ с холедохолитоэкстракцией	2
	А ₂ - дополнительный проток в ложе желчного пузыря.	I	16	лапаротомия дренирование холедоха по Вишневскому консервативное лечение	14
		II	7	пункция под контролем УЗИ с аспирацией содержимого клипирование добавочных протоков 1-2 клипсами, санация брюшной полости, дренирование ложи пузыря	7
Большое желчеистечение	Иссечение ГХ	III	8	Двухэтапное реконструктивное вмешательство	8
Всего		36		36	

Таблица 8.

Виды выполненных вмешательств при механической желтухи

Характер повреждения	«Большие» повреждения	
	Иссечение и лигирование проксимальной культы ГХ	Клипирование или лигирование без пересечения ГХ
Вид операции		
Наложение ГепЕА по Ру	4	-
Дренирование ГХ на дренаже Кера	-	3

Таким образом в наших наблюдениях встречались все три фактора риска ранних билиарных осложнений, который описывают R. Martin & R. Rossi. Так, опасную анатомию наблюдали в 46,3% случаев, опасную патологию в 42,6% случаев и в 11,1% случаев наблюдали опасную хирургию.

Билиарные осложнения в ранние сроки после холецистэктомии выявлены в 1,2% случаев. Послеоперационное желчеистечение наблюдали в 0,8 - 1,0% случаев и не зависило от вида холецистэктомии. Синдром механической желтухи достоверно чаще встречался после малоинвазивных вмешательств.

Тактики активного динамического наблюдения с обязательным УЗИ контролем придерживались 14 (38,9%) больных. Санация и дренирование подпеченочной области выполнено в 25% случаях и пункция биломы под контролем УЗИ в 5,5% случаях. Желчеистечение из культи пузырного протока после холецистэктомии, потребовавшее декомпрессии желчных протоков, развилось в 8,3% случаев. При обнаружении повреждений ВЖП в послеоперационном периоде и выявления воспалительно-инфильтративного процесса в подпеченочной области 8 (22,2%) больным было выполнено двухэтапные оперативные вмешательства. При синдроме механической желтухи в зависимости от соматического состояния больного придерживались двухэтапным оперативным вмешательствам с декомпрессией желчных путей на первом этапе у 5,5% больных.

Литература:

1. Аскаров П.А., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Собиров Ж.С. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии. // Проблемы биологии и медицины, 2015, №1. С.14-18.
2. 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.
3. Емельянов С.И., Патенков Д.Н., Мамалыгина Л.А. и др. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 3. С. 55-61.
4. Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их причины. // Проблемы биологии и медицины, 2010 №2. С. 90-94.
5. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Нишанов М.Ш., Рахманов К.Э. Повреждения магистральных желчных протоков: частота и

причины их возникновения, факторы риска, классификация, диагностика и хирургическая тактика. // Хирургия Узбекистана, 2011, №4. С. 66-74.

6. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Курбаниязов З.Б., Нишанов М.Ш., Рахманов К.Э. Факторный анализ ближайших и отдаленных результатов лечения «свежих» повреждений магистральных желчных путей. // Доктор ахборотномаси, 2012, №1. С. 100-106.
7. Назыров Ф.Г., Хаджибаев А. М., Алтыев Б. К., Девятков 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. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Хирургическое лечение повреждений и стриктур желчных протоков после холецистэктомии. // Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского. Т3, №3, 2008. С. 71-76.
10. Kurbaniyazov Z.B., Akbarov M.M., Nishanov M.Sh., Rahmanov K.E. Improvement of surgical treatment of intraoperative injuries of magistral bile ducts. // Medical and Health Science Journal. Volume 10, march 2012. pp. 41-46.

ПРИЧИНЫ И ПУТИ УСТРАНЕНИЯ РАННИХ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Ф.Г. НАЗЫРОВ¹, М.М. АКБАРОВ¹,
З.Б. КУРБАНИЯЗОВ², М.Ш. НИШАНОВ¹,
К.Э. РАХМАНОВ²

- 1 – Республиканский специализированный Центр хирургии им. акад. В.Вахидова
- 2 – Самаркандский Государственный медицинский институт

В наших наблюдениях встречались все три фактора риска ранних билиарных осложнений, который описывают R.Martin & R.Rossi. Так, опасную анатомию наблюдали в 46,3% случаев, опасную патологию в 42,6% случаев и в 11,1% случаев наблюдали опасную хирургию. Билиарные осложнения в ранние сроки после холецистэктомии выявлены в 1,2% случаев. Послеоперационное желчеистечение наблюдали в 0,8 - 1,0% случаев и не зависило от вида холецистэктомии. Синдром механической желтухи достоверно чаще встречался после малоинвазивных вмешательств.

Ключевые слова: Холецистэктомия, билиарные осложнения, факторы риска, восстановительные и реконструктивные операции.