

Курбаниязов З.Б.,
Аскараров П.А.,
Бабажанов А.С.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**
Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. В последние годы отмечается устойчивая тенденция к росту числа больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и холецистэктомия до настоящего времени остается основным методом лечения этих больных. Ежегодно в мире выполняется более 2,5 млн. таких вмешательств (Basso L. et al., 2010).

Желчеистечение - одно из наиболее серьезных осложнений, возникающих после удаления желчного пузыря. Несмотря на то, что проявление этого состояния однотипно и характеризуется выделением желчи по дренажу брюшной полости, его причины и тяжесть варьируют в широких пределах. Это может быть самоликвидирующееся в течение 5-7 суток выделение желчи, так и опасное для жизни состояние с развитием желчного перитонита или длительно персистирующего полного наружного свища. Поэтому это осложнение следует рассматривать как самостоятельную проблему.

Частота желчеистечения после различных видов холецистэктомий составляет 0,90 – 5,73%. Наиболее частым источником желчеистечения считают добавочные печечно-пузырные протоки ложа желчного пузыря, несостоятельная культя пузырного протока и повреждение магистральных желчных протоков (Кригер и соавт., 2003; Федоров и соавт., 2005).

Повреждение магистральных желчных протоков является одним из наиболее грозных осложнений билиарной хирургии и не имеет тенденции к уменьшению несмотря на постоянно совершенствующуюся технику холецистэктомии (Вишневский и соавт., 2003; Назыров и соавт., 2006; Нечай и соавт., 2006; Шаповольняц и соавт., 2006; Бебуришвили и соавт., 2009; Гальперин, 2009; Тимербулатов и соавт., 2010).

Диагностика внутрибрюшного желчеистечения в ранние сроки после операции - сложная задача. Наличие страховочного дренажа в подпеченочном пространстве способствует ранней диагностике и профилактике билиарного перитонита. К внутрибрюшным осложнениям относятся биломы брюшной полости, перитонит и при этом достаточно эффективным может быть пункционное дренирование билком под УЗ - наведением или проведение лапароскопических санаций с дренированием (Бебуришвили и соавт., 2009; Гальперин и соавт., 2010). Запоздалая диагностика внутрибрюшных послеоперационных осложнений связана со стертой клинической симптоматикой и наличием психологического барьера у хирурга и у больного перед предстоящим повторным вмешательством. Это нередко приводит к консервативной длительной терапии и неоправданной потере времени (Бойко и соавт., 2009). У части больных повторные операции не выполняются, хотя они были показаны. Задержки с оперативным вмешательством приводят к летальности. В тоже время, незначительное желчеистечение из дренажной трубки иногда вынуждают хирурга идти на неоправданную лапаротомию.

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

Цель исследования. Оптимизировать диагностическую и хирургическую тактику у больных с желчеистечением после холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде путем внедрения современных диагностических и миниинвазивных методов лечения.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 2247 больных, перенесших холецистэктомию в клинике СамМИ в период 2001 -2010 гг. Из них 1047 больным произведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). 896 пациентов перенесли минилапаротомную холецистэктомию (МХЭ). 304 больных –открытую холецистэктомию (ОХЭ). Мужчин было 380 (16,92%), женщин – 1867 (83,08%). Средний возраст пациентов в группах составил 55,8± 9,7 года.

С целью выявления источника и причины желчеистечения применяли следующие методы исследования: УЗИ, фистулографию, ЭРПХГ, лапароскопию.

Были изучены частота, источники и причины послеоперационного желчеистечения, а также характер и локализация повреждений МЖП. Учитывали не только суточный дебит желчи по дренажу брюшной полости, но и объем скопления жидкости в проекции ложа желчного пузыря и в брюшной полости по данным УЗИ. Для оценки тяжести желчеистечения использовали модифицированную классификацию L. Morgenstern (2006).

Желчеистечение в раннем послеоперационном периоде отмечались у 52 (2,31%) больных. После ЛХЭ желчеистечение диагностировано у 22 (2,1%) больных, МХЭ - у 18 (2,0%), ОХЭ - у 12 (3,9%) пациентов. У 34 (65%) пациентов желчеистечение отмечалось после экстренных операций, у 18 (35%) - плановых операций.

У 22 больных отмечалось наружное желчеистечение по дренажу брюшной полости, у 30 - желчеистечение в брюшную полость.

Повреждения желчных протоков разделены на «малые» и «большие» (P. Neuhaus, 2000).

Периферическое малое желчеистечение:

- A1- недостаточность пузырного протока (n=15);
- A2- абберантный желчный проток (n=7);

Тангенциальное острое повреждение:

- C1- малое рассечение (<5 мм) (n=2).
- C2- большое рассечение (>5 мм) (n=1)

Полное пересечение:

- D1- без дефекта холедоха (n=4)
- D2- с дефектом холедоха (n=7)

Длительность желчеистечения колебалась от 1 до 16 суток. Дебит желчи также варьировал в широких пределах: от 30 до 900 мл/сут.

Инструментальное обследование всех больных начинали с УЗИ для обнаружения свободной жидкости в брюшной полости или отграниченных ее скоплений (билиарный перитонит, биллома, подпеченочный абсцесс). Кроме того, при УЗИ оценивали диаметр магистральных желчных протоков как одну из важных характеристик нарушения оттока желчи.

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

Результаты исследования и их обсуждение. При истечении желчи 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 12 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 4 больных по данным УЗИ отмечалось наличие биломы в подпеченочной области более 5 см, боли в правом подреберье, отсутствие признаков разлитого перитонита. Им производили пункцию под контролем УЗИ с аспирацией содержимого.

При появлении симптомов раздражения брюшины больным производили релапароскопию с целью определения источника, причины желчеистечения и их коррекции. Источник желчеистечения был диагностирован у 36 (69,23%) пациентов. У 7 пациентов источником желчеистечения были дополнительные протоки ложа желчного пузыря. Несостоятельность культи пузырного протока была обнаружена у 15 больных. В 14 случаях - ятрогенное повреждение МЖП (пристеночное краевое ранение, пересечение и иссечение холедоха). У 16 (30,67%) больных ввиду неосложненного течения желчеистечения и его быстрого прекращения на фоне проводимой консервативной терапии (12 больных) и дренирования биллом под контролем УЗИ (4 больных) причины и источник желчеистечения не выявлены (табл. 1).

Внимательно проанализировав клинические случаи желчеистечения, отмечены следующие анатомические, технические и клинические предпосылки возникновения этого осложнения. Недостаточность культи пузырного протока развивалась, как правило, по двум причинам или при их сочетании: с одной стороны, это трудности обработки культи пузырного протока (широкий пузырный проток у 2 больных; наличие в нем мелких конкрементов, которые могут способствовать неплотному смыканию клипс с последующей их несостоятельностью - 1 больной); ЛХЭ по поводу деструктивного холецистита с выраженными воспалительными изменениями стенки пузырного протока (3 больных); с другой стороны - наличие внутрипротоковой гипертензии (холедохолитиаз - 5 больных, стенозирующий папиллит - 2 больных, острый панкреатит - 3 больных) (таб. 2). Повреждение внутрипеченочных желчных протоков в области ложа желчного пузыря отмечалась при травматичном отделении стенки желчного пузыря от печени (особенно при сморщенном желчном пузыре или на фоне гепатита или цирроза, когда

Таблица 1. Источники послеоперационного желчеистечения

Группа больных, перенесших	Количество наблюдений, абс. (%)					Всего
	Дополнительный проток в ложе желчного пузыря	Несостоятельность культи пузырного протока	Самопроизвольное выпадение дренажа пузырного протока	Повреждение магистральных желчных протоков	Источник желчеистечения не установлен	
ЛХЭ	4	11	-	9	10	34
МХЭ	2	1	-	3	4	10
ОХЭ	1	1	2	2	2	8
Итого	7 (13,46%)	13 (25%)	2 (3,84%)	14 (26,92%)	16 (30,77%)	52 (100%)

Таб.2. Причины желчеистечения

Причины желчеистечения	ЛХЭ	МХЭ	ОХЭ	Всего
Трудности при обработке культи пузырного протока				
- широкий пузырный проток	2	-	-	2
- наличие мелких конкрементов в культе пузырного протока	1	-	-	1
- воспалительные изменения стенки пузырного протока	2	1	-	3
Холедохолитиаз	4	1	-	5
Стеноз БДС	1	-	1	2
Выпадение дренажа пузырного протока	-	1	1	2
Острый панкреатит	-	1	2	3
Ятрогенное повреждение магистральных желчных протоков				
- пристеночное краевое ранение гепатикохоледоха	3	-	-	3
- пересечение гепатикохоледоха	3	1	-	4
- иссечение гепатикохоледоха	5	1	1	7
Причины не выявлено	3	1	-	4
Итого	24	7	5	36

стенка желчного пузыря интимно срослась с паренхимой печени) или же при наличии аберрантного протока в области ложа желчного пузыря.

Консервативное лечение проводилось 12 больным с неосложненным желчеистечением 1 степени. Пункция биломы под контролем УЗИ явилась эффективной у 4 из 5 пациентов.

9 больным с несостоятельностью культи пузырного протока произведено повторное клипирование. 2 больным, причиной несостоятельности культи которых явился холедохолитиаз и 2 больным со стенозом БДС произвели ЭПСТ. У 2 больных источник и причина желчеистечения не выявлены. Произведена санация и дренирование брюшной полости. 3 больным с острым панкреатитом и 2 больным, у которых отмечалось выпадение дренажа из культи пузырного протока произведена релапаротомия дренирование холедоха. 1 больному с краевым повреждением произведено эндобилиарное стентирование гепатикохоледоха. У 7 больных во время лапароскопии выявлено повреждение МЖП.

13 больным с повреждение МЖП, производили лапаротомию. 2 пациентам с краевым повреждением на проток наложены швы (пролен 5/0) на дренаже Кера. У 11 больных выявлено пересечение и иссечение МЖП, При проведении операций на МЖП мы обращали внимание на ряд факторов: характер повреждения, локализация повреждения, наличие перитонита в послеоперационном периоде. При отсутствии перитонита операции выполнялись одноэтапно у 5 больных. 2 – ГЕА, 2- ГДА, 1 – ББА на дренаже Кера. При наличии перитонита операции выполнялись двухэтапно у 6 больных. Первым этапом производили наружное дренирование желчных протоков. Вторым этапом через 2-3 месяца производили реконструктивную операцию. Всем наложен гепатикоеюноанастомоз. После наложения ББА в отдаленном послеоперационном периоде развилась стриктура гепатикохоледоха. Произведено стентирование гепатикохоледоха. У 2 после ГДА развился рефлюкс холангит и стеноз БДА. 1 наложен ГЕА с удовлетворительным результатом. 1 пациентка периодически принимает сеансы рентгенэндобили-

Табл. 3. Виды лечения желчеистечений

Вид лечения	Количество
Консервативное лечение	12
Дренирование билом под контролем УЗИ	4
ЭПСТ	4
Стентирование общего печеночного протока	1
Релапароскопия повторное клипирование культи пузырного протока	9
Релапароскопия санация и дренирование брюшной полости	4
Лапаротомия пластика холедоха	2
Лапаротомия, холедохолитотомия	8
Лапаротомия, дренирование холедоха, санация и дренирование брюшной полости.	5
Лапаротомия одноэтапная реконструкция	5
Лапаротомия двухэтапная реконструкция	6

арных вмешательств (РЭБВ). Умерло 2 больных. У 1 причиной явился разлитой перитонит, у 1 – острая сердечно-сосудистая недостаточность. Таб. 3.

Таким образом, частота желчеистечения после холецистэктомии составляет 2,31% (после ЛХЭ – 3,24%, после ОХЭ – 2,63%, после МХЭ – 1,11%). Источниками послеоперационного желчеистечения в 54,72% наблюдений были «малые» повреждения желчных протоков и 25,26% случаях – повреждение магистральных желчных протоков. В 30,77% случаях источник не установлен.

Причины послеоперационных желчеистечений скорректированы консервативно у 12 (23,07%) больных. Пункция под контролем УЗИ – 4 (7,7%) больных. Релапароскопия, повторное клипирование пузырного протока – 5 больных. Санационная релапароскопия – 10 (19,2%) больных. ЭПСТ выполнено 4 (7,6%) больным. К лапаротомии или релапаротомии пришлось прибегнуть в 17 (32,6%) случаях.

Лечение послеоперационного желчеистечения следует начинать консервативно, ориентируясь на данные динамического ультразвукового исследования. Необходимо определить объем желчных потерь, выполнить УЗИ брюшной полости для выявления билиарной гипертензии, недренируемых желчных затеков, признаков внутрибрюшных инфекционных осложнений. Только после этого следует решать вопрос о дальнейшей лечебной тактике.

При «малых» повреждениях, отсутствии перитонита, билиарной гипертензии целесообразно динамическое наблюдение. В случае определения ограниченного скопления желчи в подпеченочном пространстве считаем необходимо провести дренирование билом под контролем УЗИ.

При появлении признаков перитонита необходимо проведение лапароскопии с целью определения источника желчеистечения и выполнения лечебных манипуляций. Вмешательство следует выполнять при четкой визуализации источника желчеистечения и технической возможности коррекции. Сочетание желчеистечения с билиарной гипертензией требует выполнения рентгеноконтрастного исследования и последующей эндоскопической коррекции.

При «больших» повреждениях необходимо произвести лапаротомию. Отсутствие разлитого перитонита служит показанием к проведению одноэтапных реконструктивных операций. Если имеется перитонит, операции следует производить в два этапа.

Использованная литература:

1. Агафонов И.В., Давыдов А.А., Крапивин Б.В. и др. Диагностические и лечебные релапаротомии и релапароскопии // Эндоскопическая хирургия. — 2001. — №2. — С. 2.
2. Андреев А.В., Приходько А.Г., Авакмян В.А. Ультразвуковая диагностика и миниинвазивные методы лечения осложнений раннего послеоперационного периода при заболеваниях печени и желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии. — 2008. — том 13. — №3. — С. 20-24.
3. Афендулов С.А., Краснолуцкий Н.А., Журавлев Г.Ю., Назола В.А. Повторные лапароскопические операции в лечении осложнений после традиционных и лапароскопических вмешательств // Эндоскопическая хирургия. — 2001. — №1. — С. 8-10.
4. Барсегян А.А. Послеоперационное желчеистечение после лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. — 2000. — №6. — С. 49-51.
5. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Земцов Р.В. и др. Классификация осложнений лапароскопической холецистэктомии // Анналы хирургической гепатологии. — 1999. — Т. 4, №2. — С. 208.

6. Бебуришвили А.Г. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение / А.Г. Бебуришвили, Е.Н. Зюбина, А.Н. Акинчиц, Ю.А. Веденин // *Анналы хирургич. гепатологии*. – 2009. – Т.14, №3. – С. 18-21.
7. Бойко В.В. и др. Лечение желчеистечений после лапароскопической холецистэктомии // *Харьковская хирургическая школа*. – 2009. - №2.1(33). С. 75-77.
8. Гальперин Э.И. и др. «Свежие» повреждения желчных протоков // *Хирургия*. – 2010. - №10. С. 4-10.
9. Ганков В.А., Маньков А.В. Осложнения видеолапароскопической холецистэктомии. Пути их снижения и комплексная профилактика // *Эндоскопическая хирургия*. – 2009. - №4. С. 40-45.
10. Кригер А.Г. и др. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений // *Эндоскопическая хирургия*. 2003. № 8. С. 19-23.
11. Кузнецов Н.А. и др. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холецистэктомии // *Хирургия*. – 2011. - №3. С. 3-7.
12. Соколов А.А. и др. Диагностика и лечение желчеистечения в ранние сроки после холецистэктомии // *Сибирский медицинский журнал*. – 2009. - №6. С. 143-146.
13. Стегний К.В., Вишневская А.Н. Возможности лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационных внутрибрюшных осложнений // *Тихоокеанский медицинский журнал*. – 2009. - №2. С. 75-77.
14. Basso L.A. et al. descriptive study of pregnant women with gallstones. Relation to dietary and social habits, education, physical activity, height and weight // *Europe. J. Epidemiology*. 1992. Vol. 8. P. 629-633.
15. Bergman J.J. et al. Treatment of bile duct lesion after laparoscopic cholecystectomy // *Gut*. 1996. V. 38. N. 1. P. 141-147.
16. Kaffes A.J. et al. Impact of endoscopic intervention in 100 patients with suspected postcholecystectomy bile leak // *Gastrointestinal Endoscopy*. 2005. Feb. V. 61. N. 2. P.269-275.
17. Morgenstern L., Berci G., Pasternak E.H. Bile leakage after biliary tract surgery. A laparoscopic perspective // *Surgery Endoscopy*. 1993. V. 7. N. 5. P.432-438.
18. Neuhaus P. et al. Classification and treatment of bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy // *Chirurg*. 2000 Feb. V. 71. N. 2. P. 166-173.