



Лапароскопічна холецистектомія і операції на жовчних протоках

УДК 616.366-089.87-008.8-089

Є. Д. Хворостов, С. О. Бичков, Р. М. Гриньов, О. І. Цивенко

ТЕХНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ У КОРЕКЦІЇ ЖОВЧОВИТІКАНЬ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЙ

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Харків, Україна

УДК 616.366-089.87-008.8-089

Е. Д. Хворостов, С. А. Бычков, Р. Н. Гринев, А. И. Цивенко

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В КОРРЕКЦИИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Харьков, Украина

Проведен анализ результатов хирургического лечения 9067 больных желчнокаменной болезнью, которым выполнили лапароскопическую холецистэктомию. Желчеистечение в послеоперационном периоде наблюдали у 53 (0,58 %) больных. Разработанная хирургическая тактика базируется на данных ультрасонографии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, 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 50 (94,3 %) больных.

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

UDC 616.366-089.87-008.8-089

Ye. D. Khvorostov, S. O. Bychkov, R. M. Grynyov, O. I. Tsivenko

TECHNOLOGICAL ASPECTS OF THE APPLICATION OF MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUES FOR THE CORRECTION OF BILE LEAKAGE AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

Introduction. The leading place in the structure of postoperative complications after laparoscopic cholecystectomy takes external or intra-abdominal bile leakage in the early postoperative period.

The aim of the work was to improve the results of surgical treatment of patients with cholelithiasis, with the presence of bile leakage after laparoscopic cholecystectomy using minimally invasive techniques.

Methods and results. The analysis of results of surgical treatment of 9067 patients with cholelithiasis who underwent laparoscopic cholecystectomy. In the early postoperative period 53 (0.58%) patients had bile leakage; 21 (39.6%) patients with bile were leakage cured by conservative methods. When bile leakage drainage 200 ml for 2–3 days after surgery, 19 (35.8%) patients was decompressed by the endoscopic biliary tree or holding papillotomy, bile duct drainage, which was effective in 10 (18.9%) patients. In 9 (17%) of the patients it was performed relaparoscopy. In 10 (18.9%) patients limited accumulation of bile in the peritoneal cavity was revealed by ultrasonography; 6 (11.3%) of them had relaparoscopy, and 4 (7.6%) — puncture under ultrasonography. Laparotomy was performed in 3 (5.7%) patients. There were no septic complications and mortality in our study.

Conclusions. Thus, relaparoscopy, transduodenal endoscopic interventions and puncture methods for the treatment of bile leakage after laparoscopic cholecystectomy was effective in 50 (94.3%) patients.

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

Вступ

Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) сьогодні набула широкого розповсюдження в лікуванні різних форм жовчно-

кам'яної хвороби (ЖКХ). Незважаючи на чималий накопичений досвід виконання ЛХЕ та 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, залишаєть-



ся досить високою [2; 3]. Провідне місце у структурі післяопераційних ускладнень після ЛХЕ посідає 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 ушкодження магістральних жовчних проток [1].

Метою даного дослідження було поліпшення результатів хірургічного лікування хворих на ЖКХ, у яких спостерігали зовнішнє або внутрішньочеревне ЖВ, шляхом розробки показань і технічного вдосконалення застосування релапароскопії, трансдуоденальних ендоскопічних втручань, методів пункцій під контролем ультразвукової (УС) та їх комбінацій для зниження кількості лапаротомних операцій.

Дослідження виконане відповідно до комплексної науководослідної 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» (номер держреєстрації 0100U005308).

Матеріали та методи дослідження

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 р. по грудень 2014 р. Усім хворим була виконана ЛХЕ. Діагностична програма включала стандартне загальноклінічне обстеження, УС, фіброезофаго-

гастроуденоскопію, за показаннями — ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), комп'ютерну та магнітно-резонансну томографію черевної порожнини. Усі втручання завершували дренажуванням черевної порожнини одним або двома дренажами. У ранньому післяопераційному періоді у 53 (0,58 %) хворих відмічено ЖВ. Жінок було 44 (83 %), чоловіків — 9 (17 %). Середній вік пацієнтів становив (56,8±6,2) року.

Жовчовитікання спостерігали у 16 (30,2 %) хворих, що були прооперовані з приводу хронічного холециститу, і у 37 (69,8 %) — з приводу гострого холециститу. У 43 (81,1 %) хворих відмічали ЖВ по дренажу, а у 10 (18,9 %) пацієнтів — скупчення жовчі у черевній порожнині, яке було діагностовано за даними УС після видалення дренажів. Слід зазначити, що з даної групи нами були виключені хворі, причиною ЖВ у яких були ятрогенні ушкодження магістральних позапечінкових жовчних проток.

Результати досліджень та їх обговорення

Нами вивчалися частота і причини ЖВ у ранньому післяопераційному періоді. Для оцінки післяопераційного ЖВ враховувався як добовий дебіт жовчі по дренажах черевної порожнини, так і дані УС — визначали об'єм відмежованого скупчення рідини в проекції ложа видаленого жовчного міхура, а також локалізацію й об'єм вільної рідини у черевній порожнині.

У 21 (39,6 %) 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 ложі жовчного міхура, що потребувало проведення активної аспірації, антибактеріальної і дезінтоксикаційної терапії. На тлі консервативного лікування, що проводили, під контролем УС відмічали змен-

шення об'єму рідини в ложі жовчного міхура. Відтікання жовчі з контрольного дренажу спостерігалось 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 19 (35,8 %) хворим проводили декомпресію біліарного дерева шляхом ендоскопічної папілотомії, яку доповнювали проведенням назобіліарного дренажу. Декомпресія біліарної системи є патогенетично обґрунтованим методом лікування післяопераційного ЖВ. У 10 (18,9 %) пацієнтів ендоскопічна папілосфінктеротомія з назобіліарним дренажуванням виявилася ефективною 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 (17 %) хворим була виконана релапароскопія. Під час санаційної релапароскопії без технічних труднощів виконували додаткову електрокоагуляцію ложа жовчного міхура, кліпували ходи Люшка або неспроможну куксу міхурової протоки, проводили адекватну санацію та дренажування черевної порожнини. Якщо в ході виконання релапароскопії виникали сумніви щодо відсутності ятрогенного ушкодження позапечінкових жовчних проток, то обов'язковим вважали виконання інтраопераційної холангіографії через куксу міхурової протоки, що виконали 3 пацієнтами. У 10 (18,9 %) хворих скупчення жовчі у черевній порожнині було виявлене за даними УС після видалення дренажів. У 6 (11,3 %) з них виконувалася релапароскопія із санацією черевної порожнини і дренажуванням, а у 4 (7,6 %) — обмежене скупчення жовчі у підпечінковому просторі евакуйоване методом пункції під контролем УС.



Ускладнень при застосуванні даної тактики ми не спостерігали. Лапаротомія була виконана у 3 (5,7 %) хворих. У 2 (3,8 %) пацієнтів лапаротомія, санація і дренивання черевної порожнини виконані з приводу розлитого жовчного перитоніту на ранніх етапах освоєння лапароскопічних технологій і в 1 (1,9 %) випадку — при виявленні крайового ушкодження правої печінкової протоки — виконали зашивання дефекту та дренивання холедоха за Вишневським.

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

Висновки

1. Жовчовитікання в післяопераційному періоді сьогодні є одним з найчастіших ускладнень лапароскопічної холецистектомії, а встановлення дренажу в підпечінковий прос-

тір сприяє ранній діагностиці післяопераційних ускладнень.

2. При жовчовитіканні більше 200 мл на добу необхідне виконання ендоскопічної ретроградної холангіографії з метою діагностики ушкодження магістральних жовчних проток, при підтвердженні травми гепатикохоледоха показана реконструктивна операція із лапаротомного доступу.

3. Жовчовитікання із дренажу, що супроводжується явищами жовчного перитоніту або значним скупченням жовчі у черевній порожнині за відсутності травми гепатикохоледоха потребує виконання релапароскопії, яка має не лише діагностичну, але і лікувальну спрямованість.

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

ЛІТЕРАТУРА

1. Быстров С. А. Хирургическая тактика при желчеистечении после

миниинвазивной холецистэктомии // С. А. Быстров, Б. Н. Жуков // Медицинский альманах. — 2012. — № 1 (20). — С. 90–93.

2. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение // А. Г. Бебуришвили, Е. Н. Зюбина, А. Н. Акинчиц [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2009. — Т. 14, № 3. — С. 18–21.

3. Нестандартные лапароскопические операции при технически сложных холецистэктомиях / В. В. Грубник, А. И. Ткаченко, М. В. Прикупенко, К. О. Воротынцева // Шпитальна хірургія. — 2013. — № 1 (61). — С. 32–35.

REFERENCES

1. Bystrov S.A., Zhukov B.N. Surgical tactics in bile leakage after mini-access cholecystectomy. *Meditinskij almanakh* 2012; 1 (20): 90-93.

2. Beburishvili A.G., Zyubyna E.N., Akinchits A.N. External bile leakage at different methods of cholecystectomy: diagnosis and treatment. *Annaly khirurgicheskoi hepatologii* 2009; 14 (3): 18-21.

3. Hrubnyk V.V., Tkachenko A.I., Prykuppenko M.V., Vorotyntseva K.O. Nonstandard laparoscopic surgeries at technically difficult cholecystectomy. *Shpytal'na khirurgia* 2013; 1 (61): 32-35.

Надійшла 17.02.2015

УДК 616.381-089.191.1

О. І. Ткаченко, М. В. Прикупенко

ЛАПАРОСКОПІЧНА СУБТОТАЛЬНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ УШКОДЖЕННЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОК ПРИ СКЛАДНИХ ФОРМАХ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.381-089.191.1

О. И. Ткаченко, М. В. Прикупенко

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СУБТОТАЛЬНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ СЛОЖНЫХ ФОРМАХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Лапароскопическая холецистэктомия — «золотой стандарт» лечения желчнокаменной болезни. Однако для безопасного выполнения этой операции необходимы четкое определение пузырных протока и артерии, аккуратная диссекция треугольника Кало. В некоторых ситуациях выполнить данный этап операции не представляется возможным, при этом частота конверсии, по данным разных авторов, составляет почти 50 %. Лапароскопическая субтотальная холецистэктомия была проведена у 42 пациентов. Послеоперационный период протекал по-разному, в зависимости от характера основной патологии. Лапароскопическая субтотальная холецистэктомия является альтернативой открытой холецистэктомии в случаях сложных форм желчнокаменной болезни.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, субтотальная холецистэктомия, конверсия, желчнокаменная болезнь, ультразвуковые ножницы.

