

УДК 616.336-08.87-06:616-003.236]-08

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ

А.Н. Вишнеvская¹, К.В. Стегний^{2,3}, В.Г. Раповка²

¹ Приморская краевая клиническая больница №1 (690950 г. Владивосток, ул. Алеутская, 57),

² Владивостокский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

³ Отделенческая больница на станции Владивосток ОАО РЖД (690063 г. Владивосток, ул. Верхнепортовая, 25)

Ключевые слова: желчеистечение, лапароскопия, ретроградная холангиопанкреатография.

В настоящее время большая часть холецистэктомий выполняется лапароскопическим способом. Однако независимо от метода операции – открытого или лапароскопического – одним из наиболее частых осложнений послеоперационного периода является внутрибрюшное желчеистечение [1]. В среднем частота этого осложнения составляет около 1% [2].

Оценены результаты лечения 197 больных, оперированных на органах брюшной полости и забрюшинного пространства в 1998–2008 гг. Желчеистечение зарегистрировано в 31 случае (15,7%): у 5 мужчин и 26 женщин в возрасте 29–76 лет.

У 24 больных желчеистечение возникло после лапароскопической, у 3 – после открытой холецистэктомии. В 3 случаях причиной этого осложнения явилась несостоятельность временной холецистостомы при механической желтухе и в 1 – желчеистечение наблюдалось из холедохотомического отверстия после операции холедохотомии и дренирования холедоха по поводу склерозирующего холангита. У 28 больных с желчеистечением операции были завершены дренированием брюшной полости и осложнение проявилось выделением желчи по дренажу, установленному в подпеченочном пространстве. У 15 человек за счет адекватного дренирования затека желчи из подпеченочного пространства в брюшную полость не было. У 13 больных желчь распространялась по брюшной полости и частично выделялась наружу.

Наиболее частой причиной желчеистечения (18 наблюдений) по классификации J.J. Bergman [3] стал тип А повреждения желчевыводящих путей (недостаточность пузырного и мелких абберантных протоков). В данной ситуации осложнение было устранено эндоскопически у 10 пациентов. В 7 случаях была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением «забытых» конкрементов в 4 наблюдениях. В 3 случаях осуществлено стентирование холедоха пластиковым стентом 11.0–11.5 Fr на срок до 1 месяца. У 5 пациентов лапароскопия явилась окончательным методом диагностики желчеистечения, позволившим немедленно прибегнуть к его устранению. Подтекание желчи из добавочных протоков в ложе желчного пузыря выявлено у 2 человек, у 3 обнаружено прорезывание клипс на пузырном протоке. Во всех этих случаях проведено дополнительное лапароскопическое клипирование

и санация брюшной полости. 3 больным выполнена лапаротомия. Тип В повреждения (недостаточность крупных желчных протоков) диагностирован у 3 больных. В 2 случаях удалось устранить недостаточность общего желчного протока путем его стентирования пластиковым стентом 11.5 Fr на 2 месяца. По данным литературы, успех эндоскопического лечения данного типа повреждений достигается в 75% наблюдений [3]. Тип D повреждения (полное пересечение крупных желчных протоков) наблюдался у 5 больных: 3 случая повреждения долевых протоков, 1 – с иссечением холедоха и 1 – с пересечением общего печеночного протоков. Всем этим пациентам была выполнена релапаротомия с различным объемом вмешательства.

Таким образом, внутрибрюшное желчеистечение является довольно частым осложнением после операций на органах брюшной полости, большую часть из которых по-прежнему составляет лапароскопическая холецистэктомия. Наиболее частым видом повреждения желчевыводящих путей является недостаточность пузырного и мелких абберантных протоков. При повреждениях типа А и В по классификации J.J. Bergman эндоскопическое лечение является методом выбора в связи с его безопасностью и высокой эффективностью.

Литература

1. Крузер А.Г., Андрейцев И.Л., Глушков П.С. Лапароскопия в послеоперационном периоде // *Эндоскоп. хирургия*. 2001. № 6. С. 28–32.
2. Barcum A.N., Rezieg M., Mehta S.N. et al. Post-cholecystectomy biliary leaks in the laparoscopic era: Risk factors, presentation, and management // *Gastro-intest. Endosc.* 1997. Vol. 45. P. 277–282.
3. Bergman J.J. Treatment of bile duct lesions after laparoscopic cholecystectomy // *Gut*. 1996. Vol. 38, No. 1. P. 141–147.

Поступила в редакцию 14.07.2010.

METHODS FOR PERFORMING SURGERY FOR INTRA-ABDOMINAL BILE SPILLAGE

A.N. Vishnevskaya¹, K.V. Stegny^{2,3}, V.G. Rapovka²

¹ Primorsky Regional Clinical Hospital No. 1 (57 Aleutskaya St. Vladivostok 690950 Russia), ² Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia), ³ Vladivostok Station Departmental Hospital, JSC “Russian Railways” (25 Verkhne-Portovaya St. Vladivostok 690063 Russia)

Summary – The authors analyze results of 197 cholecystectomies. The intra-abdominal bile spillage during the post-operative period occurred in 31 cases (15,7%). The bile spilled in the abdominal cavity of 16 patients. With the papillosphincterotomy and common bile duct stenting completed, the bile spillage stopped in 12 cases. Eight patients underwent laparoscopic surgeries. The open ones were performed on 11 patients.

Key words: bile spillage, laparoscopy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 1, p. 98.