

Вопросы общей хирургии



УДК 616.366-089.85-06-083

Н.В. Ташкинов, Н.И. Бояринцев, Н.А. Куликова, А.Н. Ташкинов

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск*

Резюме

В статье представлен опыт лечения 37 случаев желчеистечения после холецистэктомии, выполненной у 2 513 больных с острым калькулезным холециститом с января 2001 по декабрь 2013 года. После проведения стандартной лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) желчеистечение наблюдалось в 0,9 % случаев, после проведения субтотальной ЛХЭ без клипирования пузырного протока – в 53,8 %, после лапаротомной холецистэктомии – в 1,1 %. Причинами желчеистечения у 26 пациентов была недостаточность культи пузырного протока, у 6 – ходы Люшка и у 2 – повреждение желчных протоков. В 3 случаях причина желчеистечения осталась невыявленной. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия была основным методом лечения желчеистечения, применение которой в сочетании с удалением конкрементов из желчных протоков позволило купировать данное осложнение у всех больных в сроки от 1 до 15 дней.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, острый холецистит, желчеистечение.

N.V. Tashkinov, N.I. Boiarintsev, N.A. Kulikova, A.N. Tashkinov

ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF BILE LEAKAGE AFTER CHOLECYSTECTOMY IN ACUTE CHOLECYSTITIS

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

Summary

The article presents 37 cases of management of bile leakage after cholecystectomy performed in 2,513 patients with acute calculous cholecystitis from January 2001 to December 2013. After laparoscopic cholecystectomy (LC) bile leakage was observed in 0,9 % of cases, while after subtotal laparoscopic cholecystectomy without cystic duct clipping – in 53,8 %, and after open cholecystectomy – in 1,1 % of patients. The causes of bile leakage were cystic duct stump insufficiency (26 patients), Luschka's ducts (6 patients), bile duct injuries (2 patients), unclear reasons (3 patients). Endoscopic sphincterotomy was the most common form of intervention, which allowed stopping bile leakage in all patients within 1 to 15 days.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, endoscopic sphincterotomy, acute cholecystitis, bile leakage.

По литературным данным частота желчеистечения при проведении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при хроническом и остром калькулезном холецистите варьирует от 0,2 до 0,6 % [9, 10]. Частота желчеистечения после выполнения лапароскопического удаления желчного пузыря при остром холецистите составляет 1,0-2,2 % [1, 1]. Наиболее частыми источниками желчеистечения после холецистэктомии является недостаточность культи пузырного протока

(61-78 %), повреждения гепатикохоледоха (12-38 %), а также ходы Люшка, представляющие из себя aberrantные печеночно-пузырные протоки в области ложа желчного пузыря (6-26 %) [5, 6]. По мнению многих авторов, наиболее эффективным методом лечения данного осложнения является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) в сочетании с назобилиарным дренированием или билиодуоденальным стентированием желчных протоков [1, 2, 4, 5, 12, 13].

Материалы и методы

С целью выяснения эффективности применения ЭПСТ при желчеистечении после холецистэктомии, мы провели анализ результатов лечения 2 513 больных с острым холециститом, перенесших лапароскопические и лапаротомные холецистэктомии за период времени с января 2001 по декабрь 2013 года. Тактика

лечения острого холецистита заключалась в выполнении стандартной ЛХЭ от шейки или от дна в любые сроки от начала заболевания, при невозможности проведения которой выполнялись нестандартные способы ЛХЭ в качестве альтернативы лапаротомной холецистэктомии.

Результаты и обсуждение

ЛХЭ произведена у 2050 (81,6 %) из 2513 больных с острым калькулезным холециститом, причем стандартные способы ЛХЭ были применены у 1979 (96,3 %) пациентов и нестандартные способы (субтотальная ЛХЭ без клипирования пузырного протока и субтотальная ЛХЭ с клипированием пузырного протока) – у 71 (3,7 %) больных. Другие авторы [15] также отмечают, что потребность в выполнении субтотальной ЛХЭ в качестве альтернативы перехода на лапаротомию возникла в 3,1 % (48 наблюдений на 1 558 операций) случаев.

Лапаротомная холецистэктомия была выполнена у 463 (18,4 %) из 2513 пациентов и применялась, в основном, при остром калькулезном холецистите, осложненным разлитым перитонитом (74,5 %), у больных после перенесенных ранее верхнесрединной лапаротомии (24,3 %), а также при неудачных попытках выполнения ЛХЭ, т. е. при переходе на лапаротомию (1,2 %). Зависимость частоты желчеистечения от способа холецистэктомии представлена в таблице 1.

Таблица 1

Частота желчеистечения после выполнения холецистэктомии

Способы холецистэктомии	Количество больных	Желчеистечение из брюшной полости
Стандартные ЛХЭ	1 979	17 (0,9 %)
Субтотальная ЛХЭ с клипированием пузырного протока	45	1 (2,2 %)
Субтотальная ЛХЭ без клипирования пузырного протока	26	14 (53,8 %)
Лапаротомная холецистэктомия	463	5 (1,1 %)
Всего	2 513	37 (1,5 %)

Как следует из таблицы 1, применение субтотального способа лапароскопической холецистэктомии без клипирования пузырного протока сопровождалось значительной частотой желчеистечений после операции. В то же время, применение нестандартных способов ЛХЭ в качестве альтернативы перехода на лапаротомию привело к статистически значимому уменьшению частоты повреждений гепатикохоледоха до 0,08 % (табл. 2).

Аналогичные результаты были представлены и другими авторами [14], которые наблюдали повреждения желчных протоков при остром холецистите в 0,7 % случаев после ЛХЭ и в 1,8 % случаев – после лапаротомной холецистэктомии. По некоторым данным, частота повреждений желчных протоков при проведении ЛХЭ варьирует от 0,3 до 1,4 % в зависимости от характера патологии и наблюдается значительно чаще при остром холецистите [3].

Таблица 2

Частота повреждений желчных путей после выполнения холецистэктомии

Способы холецистэктомии	Количество больных	Повреждение желчных путей
Стандартная ЛХЭ	1 979	1 (0,05 %)
Субтотальная ЛХЭ с клипированием пузырного протока	45	0 (0 %)
Субтотальная ЛХЭ без клипирования пузырного протока	26	0 (0 %)
Лапаротомная холецистэктомия	463	1 (0,2 %)
Всего	2 513	2 (0,08 %)

В. Davis, et al. (2012) наблюдали повреждения гепатикохоледоха у 3,4 % больных после проведения стандартных ЛХЭ при технически сложных случаях острого холецистита и не наблюдали данного осложнения после выполнения субтотальной ЛХЭ [7].

У большинства больных с желчеистечением (34 из 37) за первые сутки выделялось от 100 до 600 мл. Еще у 3 больных желчеистечение было небольшим (до 100 мл), оно прекратилось самостоятельно в течение нескольких дней после операции и ее причина осталась неустановленной.

Причинами желчеистечения после проведения стандартных способов ЛХЭ была недостаточность культы пузырного протока (9 случаев), наличие ходов Люшка (4 случая), а также повреждение желчных протоков (1 случай). Необходимо отметить, что в 4 из 6 случаев желчеистечения вследствие недостаточности культы пузырного протока у больных при ЭРХПГ был выявлен холедохолитиаз.

Причиной желчеистечения после проведения нестандартной ЛХЭ с клипированием пузырного протока явилась недостаточность культы пузырного протока на почве холедохолитиаза.

Желчеистечение у 14 пациентов после ЛХЭ без клипирования пузырного протока было связано с методикой проведения операции, когда желчный пузырь отсекался на уровне шейки и лигировать или клипировать пузырный проток не представлялось возможным вследствие плотного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки из-за опасности повреждения желчных протоков. В этой группе больных холедохолитиаз был выявлен в 3 случаях.

Желчеистечение после лапаротомной холецистэктомии развилось вследствие недостаточности культы пузырного протока (2 случая), наличия ходов Люшка (2 случая), а также повреждения гепатикохоледоха (1 случай). При этом у одного пациента с недостаточностью культы пузырного протока причиной желчеистечения явился холедохолитиаз.

Во всех случаях конкременты были удалены из холедоха с помощью корзинки Dormia.

Методы лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии представлены в таблице 3.

Таблица 3

Методы лечения желчеистечения после холецистэктомии

Методы операции	ЭПСТ	ЭПСТ + санационная лапароскопия	ЭПСТ + лапаротомия	Лапаротомия
Стандартная ЛХЭ	11	3	1	1
Субтотальная ЛХЭ с клипированием пузырного протока	1	0	0	0
Субтотальная ЛХЭ без клипирования пузырного протока	13	1	0	0
Лапаротомная холецистэктомия	1	1	0	1
Всего	26	5	1	2

Как видно из таблицы 3, у всех больных желчеистечение по дренажу из брюшной полости купировалось после проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии, которая выполнялись с целью декомпрессии желчных путей и устранения холедохолитиаза, в сроки от 1 до 15 дней.

Другие авторы наблюдали желчеистечение у 1,7 % больных после выполнения стандартных способов ЛХЭ и у 5 % пациентов – после проведения субтотальной ЛХЭ [7]. С целью профилактики желчеистечения после проведения субтотальной ЛХЭ некоторые авторы использовали ушивание или клипирование остающейся шейки желчного пузыря и на 48 операций лапароскопического субтотального удаления желчного пузыря не наблюдали данного осложнения [15].

Эффективность изолированного использования ЭПСТ для лечения желчеистечения после холецистэктомии была изучена в ряде исследований. Так, K. Ascoz, et al. (2009) выполнили ЭПСТ 31 больному с жел-

чеистечением после холецистэктомии. По их данным, применение ЭПСТ было эффективным у 27 из 31 больного (87,1 %), при этом удаление конкрементов потребовалось у 6 (19,6 %) пациентов. У оставшихся 4 (12,9 %) больных ЭПСТ не позволило добиться прекращения желчеистечения, что потребовало применения билиодуоденального стентирования. В конечном итоге, желчеистечение удалось остановить у всех больных в течение 7-21 дня [4].

Другими авторами было проведено сравнение эффективности изолированного применения ЭПСТ и изолированного проведения билиодуоденального стентирования при желчеистечении после холецистэктомии и отмечено, что после проведения ЭПСТ наблюдалось прекращение желчеистечения у 11 из 13 больных в среднем в течение 10 дней, а после применения стентирования желчеистечение прекратилось у всех 14 больных в среднем в течение 5 дней [8].

С целью повышения эффективности эндоскопического лечения желчеистечения после холецистэктомии некоторые авторы применяли ЭПСТ в сочетании с билиодуоденальным стентированием пластиковыми и саморасширяющимися металлическими стентами, что позволило у всех 178 больных добиться прекращения желчеистечения. При этом авторы наблюдали внутреннюю миграцию стента в 1,1 % случаев, кровотечение из разреза – в 1,1 % и развитие острого панкреатита – в 2,8 % случаев [5].

Другие авторы применили ЭПСТ в сочетании с билиодуоденальным стентированием у 42 больных с желчеистечением после холецистэктомии и у всех добились купирования данного осложнения в течение 8-12 дней [12].

Некоторые авторы [1, 2, 13] предлагают дополнять ЭПСТ назобилиарным дренированием, правда, по данным отдельных ученых, этот метод также не лишен недостатков, среди которых Д.В. Фокин и соавт. отмечают выпадение дренажа в 8,9 % и его перегиб – в 8,9 % [2].

Выводы

1. Частота желчеистечения при применении по показаниям стандартной и субтотальной лапароскопической холецистэктомии в сочетании с лапаротомным удалением желчного пузыря наблюдается в 1,5 % случаев.

2. Субтотальная ЛХЭ без клипирования пузырного протока была выполнена у 1 % больных с выраженным инфильтратом в области гепатодуоденальной связки и сопровождалась желчеистечением в 53,8 % случаев, но применение данного вмешательства в качестве аль-

тернативы перехода на лапаротомию позволило снизить частоту повреждений желчных протоков во всей группе холецистэктомий до 0,08 % наблюдений.

3. Применение эндоскопической папиллосфинктеротомии в сочетании с удалением конкрементов у больных с недостаточность культы пузырного протока и наличием ходов Люшка позволило у всех больных добиться прекращения желчеистечения в сроки от 1 до 15 дней.

Литература

1. Быстров С.А., Жуков Б.Н. Хирургическая тактика при желчеистечении после мининвазивной холецистэктомии // Медицинский альманах «Хирургия». – 2012. – Vol. 20, № 1.

2. Фокин Д.В., Дударев В.А., Киргизов И.В. Эффективность назобилиарного дренирования при патологии гепатобилиарной зоны // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 6. – С. 61-64.

3. Abbosoglu O., Tekant Y., Aydin A., et al. Prevention and acute management of biliary injuries during

laparoscopic cholecystectomy: Expert consensus statement // Ulus. Cerrahi Derq. – 2016. – Vol. 32, № 4. – P. 300-305.

4. Ascoz K., Unsal B., Yoruk G., et al. Endoscopic sphincterotomy alone in the management of low-grade biliary leaks due to cholecystectomy // Dig. Endosc. 2009. – Vol. 21, № 3. – P. 158-161.

5. Canena J., Horta D., Coimbra J., et al. Outcomes of endoscopic management of primary and refractory post-cholecystectomy biliary leaks in a multicentre review of

178 patients // BMC Gastroenterology. – 2015. – Vol. 15. – P. 105–114.

6. Chinnery G., Kriqe J., Bomman P., et al. Endoscopic management of bile leaks after laparoscopic cholecystectomy // S. Afr. J. Surg. – 2013. – Vol. 51, № 4. – P. 116-121.

7. Davis B., Castaneda G., Lopez J. Subtotal cholecystectomy versus total cholecystectomy in complicated cholecystitis // Am. Surg. – 2012. – Vol. 78, № 7. – P. 814-817.

8. Dolay K., Soylu A., Avgun E. The role of ERCP in the management of bile leakage: endoscopic sphincterotomy versus biliary stenting // J. Laparoendosc Adv Surg Tech A. – 2010. – Vol. 20, № 5. – P. 455-459.

9. Eisenstein S., Greenstein J., Kim U. Cystic Duct Stump Leaks after the Learning Curve // Arch. Surg. – 2008. – Vol. 143, № 12. – P. 1178-1183.

10. Kim K., Kim T. Endoscopic management of Bile Leakage after Cholecystectomy: A single-Center Experience for 12 years // Clin. Endosc. – 2014. – Vol. 47. – P. 248-253.

11. Ljubicic N., Biscanin A., Pavic T., et al. Biliary leakage after urgent cholecystectomy: Optimization of endoscopic treatment // World J. Gastroenterol. Endosc. – 2015. – Vol. 7, № 5. – P. 547-554.

12. Lo Nigro C., Geraci G., Dciuto A., et al. Bile leaks after videolaparoscopic cholecystectomy: duct of Luschka. Endoscopic treatment in a single center and brief literature review on current management // Ann. Ital. Chir. – 2012. – Vol. 83, № 4. – P. 303-312.

13. Sayar S., Olmez S., Avcioglu U., et al. A retrospective analysis of endoscopic treatment outcomes in patients with postoperative bile leakage // North Clin Istanbul. – 2016. – Vol. 3, № 2. – P. 104-110.

14. Teixeira J., Pireiro C., Moreira L., et al. Laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy in acute cholecystitis: critical analysis of 520 cases // Acta Med. Port. – 2014. – Vol. 27, № 6. – P. 685-691.

15. Tian, Y., Wu S., Su Y., et al. Laparoscopic subtotal cholecystectomy as an alternative procedure designed to prevent bile duct injury: experience of a hospital in Northern China // Surg. Today. – 2009. – Vol. 39. – P. 510-513.

Literature

1. Bystrov S.A., Zhukov B.N. The surgical tactics in case of bile leakage after miniinvasive cholecystectomy // Medical Almanac «Surgery» – 2012. – Vol. 20, № 1.

2. Fokin D.V., Dudarev V.A., Kirgizov I.V. The effectiveness of nasobiliary drainage in hepatobiliary area pathology // Siberian Medical Review. – 2013. – № 6. – P. 61-64.

3. Abbosoglu O., Tekant Y., Aydin A., et al. Prevention and acute management of biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy: Expert consensus statement // Ulus. Cerrahi Derq. – 2016. – Vol. 32, № 4. – P. 300-305.

4. Ascoz K., Unsal B., Yoruk G., et al. Endoscopic sphincterotomy alone in the management of low-grade biliary leaks due to cholecystectomy // Dig. Endosc. 2009. – Vol. 21, № 3. – P. 158-161.

5. Canena J., Horta D., Coimbra J., et al. Outcomes of endoscopic management of primary and refractory post-cholecystectomy biliary leaks in a multicentre review of 178 patients // BMC Gastroenterology. – 2015. – Vol. 15. – P. 105-114.

6. Chinnery G., Kriqe J., Bomman P., et al. Endoscopic management of bile leaks after laparoscopic cholecystectomy // S. Afr. J. Surg. – 2013. – Vol. 51, № 4. – P. 116-121.

7. Davis B., Castaneda G., Lopez J. Subtotal cholecystectomy versus total cholecystectomy in complicated cholecystitis // Am. Surg. – 2012. – Vol. 78, № 7. – P. 814-817.

8. Dolay K., Soylu A., Avgun E. The role of ERCP in the management of bile leakage: endoscopic sphincterotomy versus biliary stenting // J. Laparoendosc Adv Surg Tech A. – 2010. – Vol. 20, № 5. – P. 455-459.

9. Eisenstein S., Greenstein J., Kim U. Cystic Duct Stump Leaks after the Learning Curve // Arch. Surg. – 2008. – Vol. 143, № 12. – P. 1178-1183.

10. Kim K., Kim T. Endoscopic management of Bile Leakage after Cholecystectomy: A single-Center Experience for 12 years // Clin. Endosc. – 2014. – Vol. 47. – P. 248-253.

11. Ljubicic N., Biscanin A., Pavic T., et al. Biliary leakage after urgent cholecystectomy: Optimization of endoscopic treatment // World J. Gastroenterol. Endosc. – 2015. – Vol. 7, № 5. – P. 547-554.

12. Lo Nigro C., Geraci G., Dciuto A., et al. Bile leaks after videolaparoscopic cholecystectomy: duct of Luschka. Endoscopic treatment in a single center and brief literature review on current management // Ann. Ital. Chir. – 2012. – Vol. 83, № 4. – P. 303-312.

13. Sayar S., Olmez S., Avcioglu U. et al. A retrospective analysis of endoscopic treatment outcomes in patients with postoperative bile leakage // North Clin Istanbul. – 2016. – Vol. 3, № 2. – P. 104-110.

14. Teixeira J., Pireiro C., Moreira L., et al. Laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy in acute cholecystitis: critical analysis of 520 cases // Acta Med. Port. – 2014. – Vol. 27, № 6. – P. 685-691.

15. Tian, Y., Wu S., Su Y., et al. Laparoscopic subtotal cholecystectomy as an alternative procedure designed to prevent bile duct injury: experience of a hospital in Northern China // Surg. Today. – 2009. – Vol. 39. – P. 510-513.

Координаты для связи с авторами: *Ташкинов Николай Владимирович* – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии ФПК и ППС с курсами эндоскопической, пластической и сердечно-сосудистой хирургии ДВГМУ, тел. 8-(4212)-30-53-11, e-mail: taschkinov@mail.ru; *Бояринцев Николай Иванович* – д-р мед. наук, профессор кафедры хирургии ФПК и ППС с курсами эндоскопической, пластической и сердечно-сосудистой хирургии ДВГМУ; *Куликова Наталья Александровна* – канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии ФПК и ППС с курсами эндоскопической, пластической и сердечно-сосудистой хирургии ДВГМУ, e-mail: natalia.kulikova.83@mail.ru; *Ташкинов Алексей Николаевич* – студент 5-го курса лечебного факультета ДВГМУ, e-mail: alextan2912@mail.ru.