

СИНДРОМ ЖОВЧОВИТКАННЯ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Хворостов Є. Д., Цівенко О. І., Бичков С. О., Гриньов Р. М., Захарченко Ю. Б.

Метою дослідження була оцінка результатів хірургічного лікування хворих ЖКХ, у яких розвинувся в післяопераційному періоді синдром жовчовиткання (ЖВ) з метою оптимізації та вдосконалення діагностичної програми та хірургічної тактики лікування із застосуванням мініінвазивних втручань.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів хірургічного лікування протягом раннього післяопераційного періоду хворих на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ), яким виконали лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ).

Результати. У ранньому післяопераційному періоді у 67 (0,6 %) хворих віком $56,9 \pm 7,4$ відзначено ЖВ. Жінок – 54 (81 %), чоловіків – 13 (19 %). ЖВ спостерігалось у 21 (31,3 %) хворого, оперованого з приводу хронічного холециститу, і у 46 (68,7 %) – з приводу гострого холециститу. У 54 (81,0 %) хворого відзначалося надходження жовчі по дренажу, а у 13 (19,0 %) пацієнтів – скупчення жовчі в черевній порожнині діагностовано після видалення дренажів, за клінічними проявами і даними УЗД. У 23 (34,3 %) хворих ЖВ вдалось зупинити консервативними методами. Мініінвазивні ендоскопічні, пункційні під контролем УЗД та релапароскопія були ефективними у 35 (52,3 %) хворих. Лапаротомія була виконана у 9 (13,4 %) хворих, при цьому у 6 (9,0 %) пацієнтів виконали лапаротомію, санацію і дренування черевної порожнини і в 1 (1,5 %) випадку – при виявленні крайового пошкодження правого печінкового протоку – ушивання дефекту і дренування холедоха за Вишневським. У 2 (3,0 %) пацієнтів причиною післяопераційного ЖВ був дефект гепатікохоледоха більш ніж на 2/3 його діаметра. Цим хворим виконали накладення гепатікоєюноанастомозу за Ру.

Висновок. Встановлення дренажів в підпечінковий простір і правий фланк забезпечують ранню діагностику післяопераційних ускладнень, одним з яких є синдром ЖВ. З метою визначення причини та локалізації синдрому ЖВ залежно від об'єму ЖВ виконують ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію. Повторна лапароскопія показана при явищах жовчного перитоніту, значному скупченні жовчі в черевній порожнині. Комплексне застосування релапароскопії, трансдуоденальних ендоскопічних втручань і пункцій методик дозволяє істотно зменшити число лапаротомних операцій для корекції виниклих ускладнень.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: жовчнокам'яна хвороба, лапароскопічна холецистектомія, синдром жовчовиткання, хірургічна тактика, релапароскопія

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ

Хворостов Євген Дмитрович, д.мед.н., професор, завідувач кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, вул. Ігора Муратова, 9, Харків, Україна, 61052, e-mail: evgeniy.d.khvorostov@karazin.ua, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7167-2478>

Цівенко Олексій Іванович, д.мед.наук, професор кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, вул. Ігора Муратова, 9, Харків, Україна, 61052, e-mail: olexiy.i.tsivenko@karazin.ua, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0839-9768>

Бичков Сергій Олександрович, д.мед.н., професор кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, вул. Ігора Муратова, 9, Харків, Україна, 61052, e-mail: sergey.o.bychkov@karazin.ua, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5413-3536>

Гриньов Роман Миколайович, к.мед.н., доцент кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, вул. Ігора Муратова, 9, Харків, Україна, 61052, e-mail: roman.m.grinjov@karazin.ua, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6527-4238>

Захарченко Юрій Броніславович, к.мед.н., доцент кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, вул. Ігора Муратова, 9, Харків, Україна, 61052, e-mail: zaharyb@ukr.net, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7577-5068>

ВСТУП

На сучасному етапі розвитку хірургії «золотим стандартом» у лікуванні різних

форм жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) є лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ). Однак, маючи великий міжнародний досвід виконання ЛХЕ і її високу ефективність,

ризик виникнення інтра- та після операційних ускладнень залишається відносно високим. Їх розвиток істотно впливає на результати оперативного лікування, пролонгує терміни післяопераційного періоду [1]. У структурі ускладнень після ЛХЕ провідне місце займає синдром жовчовитікання (СЖВ), що характеризується різним за обсягом зовнішнім або внутрішньочеревним жовчовитіканням в ранньому післяопераційному періоді, який слід розглядати як самостійну проблему, оскільки він може мати дуже серйозні наслідки і бути небезпечним для життя пацієнта. Частота СЖВ після ЛХЕ, за даними літератури, становить 0,5–1,6 % [2, 3]. Основними причинами розвитку СЖВ можуть бути: інфільтративно-змінене ложе жовчного міхура, аберації печінково-міхурові протоки ложа жовчного міхура (ходи Люшка), негерметичність кукси міхурової протоки і ятрогенні пошкодження близько розташованих до ложа жовчного міхура сегментарних або магістральних жовчних проток [4–7]. Безумовно, ризик таких пошкоджень значно зростає при деструктивних формах запалення жовчного міхура з формуванням щільного навколопузирного запального інфільтрату і при синдромі Міріззі. На думку багатьох авторів, найбільш ефективним методом лікування СЖВ є ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) в поєднанні з назобіліарним дренажуванням або біліодуоденальним стентуванням жовчних протоків [8, 9].

МЕТА РОБОТИ

Цього дослідження полягала у поліпшенні результатів хірургічного лікування хворих на ЖКХ, у яких розвинувся СЖВ шляхом оптимізації та вдосконалення діагностичної програми та хірургічної тактики застосування мініінвазивних втручань.

Робота виконана відповідно до комплексної науково-дослідної роботи кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна «Розробка малоінвазивних оперативних втручань у лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу, виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки», № 0100U005308.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено аналіз результатів хірургічного лікування, а саме ЛХЕ, 10867 пацієнтів у ранньому післяопераційному періоді з приводу різних форм ЖКХ в клініці хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна з квітня 1994 по вересень 2018 року. Всі втручання завершували дренажуванням черевної порожнини одним або двома трубковими дренажами.

Нами вивчена частота і причини СЖВ в ранньому післяопераційному періоді. Для оцінки післяопераційного СЖВ враховувався як добовий дебіт жовчі по дренажу черевної порожнини, так і дані УЗД і КТ органів черевної порожнини, при яких визначали обсяг відокремленого скупчення рідини в проекції ложа, видаленого жовчного міхура, а також локалізацію і обсяг вільної рідини в різних відділах черевної порожнини.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

СЖВ було визначено у 0,6% (n = 67) хворих середній вік склав $56,9 \pm 7,4$ років. Серед них частка жінок склала 81% (n = 54), чоловіків – 19 % (n = 13). Отримані результати аналізу наведені у табл. 1.

У 25 (37,3 %) хворих із СЖВ з виділенням жовчі по дренажу в обсязі 150–200 мл. на добу і відсутністю клініки жовчного перитоніту, при проведенні УЗД виявлено інфільтрат з незначним рідинним утворенням в ложі жовчного міхура, інших рідинних скупчень в черевній порожнині не визначалося. У таких випадках нами змінювався режим дренажування підпечінкового простору – проводилося промивання розчинами антисептиків з активною аспірацією секрету, антибактеріальна і дезінтоксикаційна терапія. При відсутності порушення жовчовідтоку, на тлі повного відновлення пасажу кишкового вмісту і проведеного консервативного лікування під контролем УЗД спостерігали зменшення інфільтрату і обсягу рідинного компонента в області ложа видаленого жовчного міхура. ЖВ по дренажу спостерігалось протягом 3–5 діб і закінчувалося під впливом консервативної терапії без віддалених ускладнень.

Результати ендоскопічного лікування пацієнтів з синдромом жовчовитікання

Показники (n = 67)	Результати (абс., %)
<i>Причина проведення холецистектомії</i>	
Хронічний холецистит	21 (31,3 %)
Гострий холецистит	46 (68,7 %)
<i>Локалізація жовчовитікання</i>	
Скупчення в черевній порожнині	13 (19,0 %)
Надходження по дренажу	54 (81,0 %)
<i>Об'єм жовчовитікання по дренажу</i>	
150–200 мл	25 (37,3 %)
Більше 200 мл	34 (50,7 %)
<i>Методи корекції жовчовитікання</i>	
Консервативні	23 (34,3 %)
Мініінвазивні ендоскопічні, пункційні та релaparоскопія	35 (52,3 %)
Лапаротомія	9 (13,4 %)

При виділенні жовчі по дренажу більше 200 мл протягом 2–3 діб після операції, 34 (50,7 %) хворим проводили УЗД черевної порожнини, ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), що дозволяє визначити цілісність позапечінкових жовчних шляхів, наявність, ступінь і причину біліарної гіпертензії. При необхідності – декомпресію біліарного дерева досягали шляхом виконання ЕРХПГ з подальшим проведенням назобіліарного дренажу. Патогенетично обґрунтованим методом лікування післяопераційного СЖВ є декомпресія біліарної системи. У 21 (31,3 %) пацієнтів ЕПСТ з назобіліарним дренажу виявилася ефективною і ЖВ було зупинено протягом 5–8 діб. При відсутності позитивної динаміки в стані пацієнта, що підтверджувалося клінічними і лабораторними даними, безуспішності або неефективності ЕРХПГ, збереженні або посиленні болів у животі, появі симптомів інтоксикації і роздратування очеревини 13 (19,4 %) хворим була виконана релaparоскопія в умовах внутрішньовенного наркозу з ШВЛ. При санаційній релaparоскопії, як правило без технічних труднощів виконували за показаннями додаткову електрокоагуляцію ложа жовчного міхура, при необхідності кліпування ходів Люшка або неспроможну куксу міхурового

протока, адекватну санацію і дренажу черевної порожнини трубковими дренажами з трьох точок. У разі виникнення в ході виконання релaparоскопії сумнівів у відсутності ятрогенного пошкодження позапечінкових жовчних проток, то обов'язковим вважали виконання інтраопераційної холангіографії через куксу протоки, що було виконано 8 пацієнтам, при цьому ознак ятрогенних пошкоджень не було виявлено.

У 12 (17,9 %) хворих скупчення жовчі в черевній порожнині було виявлено за даними УЗД після видалення дренажів на 5–9 дні післяопераційного періоду. У 1 (1,5 %) хворого консервативна терапія виявилася безуспішною, при зростаючому обсязі рідини в черевній порожнині і появі ознак подразнення очеревини хворому виконані діагностична відеолaparоскопія, лапаротомія, при ревізії встановлено наявність біломи ложа жовчного міхура з розвитком загального жовчного перитоніту (ЖП). Хворому виконані коагуляція, тампонування ложа жовчного міхура, санація і дренажу черевної порожнини, ЕРХПГ (пошкодження позапечінкових жовчних шляхів не було виявлено) з ЕПСТ і назобіліарним дренажу, проведення комплексної консервативної терапії, через тринадцять днів пацієнт був виписаний. У 7 (10,1 %) з них

виконувалася релaparоскопія з санацією черевної порожнини і дрeнуванням, а у 4 (6,0 %) – обмежене скупчення жовчі в підпечінковому просторі евакуйовано пункційним методом під контролем УЗД. Ускладнень при застосуванні даної тактики не спостерігалось.

Лапаротомія була виконана у 9 (13,4 %) хворих, показанням до якої були інтраопераційні пошкодження позапечінкових жовчних протоків. У всіх цих пацієнтів був ускладнений перебіг ЖКХ – щільні запальні перипузирні інфільтрати, синдром Міріззі I типу, що викликало зміни анатомії і виражені технічні труднощі. У 6 (9,0 %) пацієнтів лапаротомія, санація і дрeнування черевної порожнини була виконана з приводу розлитого жовчного перитоніту на ранніх етапах освоєння лапароскопічних технологій і в 1 (1,5 %) випадку – при виявленні крайового пошкодження правого печінкового протоку – зроблено ушивання дефекту і дрeнування холедоха за Вишневським. У 2 (3,0 %) пацієнтів причиною післяопераційного СЖВ був дефект гепатікохоледоха більш ніж на 2/3 його діаметра. Цим хворим виконали накладення гепатікоєюноанастомозу на виключеною петлі тонкої кишки по Ру з адекватною санацією та дрeнуванням черевної порожнини.

При спостереженні за хворими, які перенесли хірургічну корекцію ятрогенних ушкоджень позапечінкових жовчних протоків, у віддаленому післяопераційному періоді (від 1 року до 12 років) клінічних, лабораторних та інструментальних даних за розвиток стриктур магістральних жовчних проток не виявлено.

ВИСНОВКИ

1. Встановлення дренажів в підпечінковий простір і правий фланк забезпечують ранню діагностику післяопераційних ускладнень, одним з яких є синдром жовчовитікання.

2. При жовчовитіканні до 200 мл на добу, необхідно виконання ультразвукового дослідження органів черевної порожнини з метою виявлення скупчення жовчі в ложі видаленого жовчного міхура і інших анатомічних областях черевної порожнини, промивання розчинами антисептиків з активною аспірацією виділень по дренажу, проведення антибактеріальної і дезінтоксикаційної терапії.

3. При жовчовитіканні більше 200 мл на добу, необхідно виконання ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії з метою визначення причини розвитку синдрому жовчовитікання. При підтвердженні травми магістральних жовчних проток показана реконструктивна операція з лапаротомного доступу.

4. Жовчовитікання по дренажу, що супроводжуються явищами жовчного перитоніту або значним скупченням жовчі в черевній порожнині при відсутності рентгенологічних даних травми гепатікохоледоха вимагає виконання релaparоскопії, яка носить не тільки діагностичну, але і лікувальну спрямованість.

5. Комплексне застосування релaparоскопії, трансдуоденальних ендоскопічних втручань і пункційних методик дозволяє істотно зменшити число лапаротомних операцій для корекції виниклих ускладнень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Canena J. Outcomes of endoscopic management of primary and refractory postcholecystectomy biliary leaks in a multicentre review of 178 patients / Canena J, Horta D, Coimbra J, Meireles L, Russo P, Marques I, et al. // BMC Gastroenterology. – 2015. – No. 15(1). – 105–114. DOI: 10.1186/s12876-015-0334-y.
2. Ljubicic N. Biliary leakage after urgent cholecystectomy: Optimization of endoscopic treatment / Ljubicic N, Biscanin A, Pavic T, Nicolic M, Budimir I, Mijić A, Đuzel A // World J Gastroenterol. – 2015. – No. 5(7). – P. 547–554. DOI 10.4253/wjge.v7.i5.547.
3. Lo Nigro C. Bileleaks after videolaparoscopic cholecystectomy: duct of Luschka. Endoscopic treatment in a single center and brief literature review on current management / Lo Nigro C, Geraci G, Diciuto A, et al. // Ann Ital Chir. – 2012. – No. 4(83). – P.303–312.
4. Masuda Y. Successful treatment of limy bile syndrome extending to the common bile duct by laparoscopic cholecystectomy and common bile duct exploration: A case report and literature review / Masuda Y, Mizuguchi Y, Kanda T, Furuki H, Mamada Y, Taniyai N et al. // Asian Journal of Endoscopic Surgery. – 2016. – No.10(1). – P. 59–62. DOI 10.1111/ases.12317.

5. Mehmedovic Z. Rare Case of Biliary Leakage After Laparoscopic Cholecystectomy-Diagnostic Evaluation and Nonsurgical Treatment: a Case Report / Mehmedovic Z, Mehmedovic M, Hasanovic J. // *Acta Informatica Medica*. – 2015. – No. 23(2). – P. 116. DOI 10.5455/aim. 2015. 23. 116–119
6. Kim H. Endoscopic intervention for persistent bile leakage after cholecystectomy / Kim H. // *Gastrointestinal Intervention*. – 2016. – No. 5(3). – P. 224–225. DOI 10.18528 / gii160021
7. Brady P. Endoscopic Treatment of Biliary Leaks After Laparoscopic Cholecystectomy: Cut or Plug? / Brady P, Taunk P. // *Digestive Diseases and Sciences*. – 2017. – No. 63(2). – P. 273–274. DOI 10.1007/s10620-017-4852-z.
8. Rustagi T. Endoscopic Management of Biliary Leaks After Laparoscopic Cholecystectomy / T. Rustagi, H. Aslanian // *Journal of Clinical Gastroenterology*. – 2014. – No. 48(8). – P. 674–678. DOI 10.1097/mcg.0000000000000044.
9. Doumenc B. Biliary leakage from gallbladder bed after cholecystectomy: Luschka duct or hepaticocholecystic duct? / Doumenc B, Boutros M, Dégremont R, Bouras A. // *Morphologie*. – 2016. – No. 100 (328). – P.36–40. DOI 10.1016 / j. morpho. 2015.08.003.

REFERENCES

1. Canena, J., Horta, D., Coimbra, J., Meireles, L., Russo, P., Marques, I. et al. (2015). Outcomes of endoscopic management of primary and refractory postcholecystectomy biliary leaks in a multicentre review of 178 patients. *BMC Gastroenterology*, 15 (1), 105–114. DOI 10.1186/s12876-015-0334-y
2. Ljubicic, N., Biscanin, A., Pavic, T., Nicolic, M., Budimir, I., Mijić, A., Đuzel, A. (2015). Biliary leakage after urgent cholecystectomy: Optimization of endoscopic treatment. *World J Gastrointest Endosc*, 5 (7), 547–554. DOI 10.4253/wjge.v7.i5.547
3. Lo, Nigro, C., Geraci, G., Dciuto, A. et al. (2012). Bileleaks after videolaparoscopic cholecystectomy: duct of Luschka. Endoscopic treatment in a single center and brief literature review on current management. *Ann Ital Chir*, 4 (83), 303–312.
4. Masuda, Y., Mizuguchi, Y., Kanda, T., Furuki, H., Mamada, Y., Taniai, N. et al. (2016). Successful treatment of limy bile syndrome extending to the common bile duct by laparoscopic cholecystectomy and common bile duct exploration: A case report and literature review. *Asian Journal of Endoscopic Surgery*, 10 (1), 59–62. DOI 10.1111/ases.12317
5. Mehmedovic, Z., Mehmedovic, M., Hasanovic, J. (2015). Rare Case of Biliary Leakage After Laparoscopic Cholecystectomy-Diagnostic Evaluation and Nonsurgical Treatment: a Case Report. *Acta Informatica Medica*, 23(2), 116. DOI 10.5455/aim. 2015. 23. 116–119
6. Kim H. (2016). Endoscopic intervention for persistent bile leakage after cholecystectomy. *Gastrointestinal Intervention*, 5 (3), 224–225. DOI 10.18528 / gii160021
7. Brady, P., Taunk, P. (2017). Endoscopic Treatment of Biliary Leaks After Laparoscopic Cholecystectomy: Cut or Plug? *Digestive Diseases and Sciences*, 63 (2), 273–274. DOI 10.1007/s10620-017-4852-z
8. Rustagi, T., Aslanian, H. (2014). Endoscopic Management of Biliary Leaks After Laparoscopic Cholecystectomy. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 48 (8), 674–678. DOI 10.1097/mcg.0000000000000044
9. Doumenc, B., Boutros, M., Dégremont, R., Bouras, A. (2016). Biliary leakage from gallbladder bed after cholecystectomy: Luschka duct or hepaticocholecystic duct? *Morphologie*, 100 (328), 36–40. DOI 10.1016 / j. morpho. 2015.08.003

BILE LEAK SYNDROME AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Khvorostov Eu. D., Tsivenko O. I., Bychkov S. O., Hrynov R. M., Zakharchenko Yu. B.

Aim of the study was the assessment of surgical treatment results of patients with cholelithiasis, who had external or internal bile leakage (BL), for the optimization and improvement of diagnostic programme and surgical tactic of minimally invasive techniques usage.

Materials and methods. Results of surgical treatment during the early postoperative period of patients with cholelithiasis, who underwent laparoscopic cholecystectomy (LC) were analysed.

Results. In early post-operative period 67 patients, mean aged $56,9 \pm 7,4$ had BL. 54 (81,0 %) of them were women, 13 (19,0 %) were men. 21 (31,3 %) patients underwent LC due to chronic cholecystitis, 46 (68,7 %) patients had acute cholecystitis. In 54 (81,0 %) cases there was drainage bile leakage, in 13 (19,0 %) cases bile collection in abdominal cavity was identified several days after drains ejection, due to clinical manifestation and ultrasonography data. 23 (34,3 %) patients were treated conservatively. Minimally invasive

endoscopic manipulations, ultrasonography controlled percutaneous drainage and relaparotomy were effective in 35 (52,2 %) patients, 9 (13,4 %) patients underwent laparotomy with following surgical correction of BL. These patients had dense perivesical infiltrates, Mirizzi's syndrome type I. 6 (9,0 %) patients underwent laparotomy, abdominal cavity sanitation and drainage. In 1 (1,5 %) case partial right bile duct injury was identified, defect suturing and Vishnevsky common bile duct drainage. In 2 (3,0 %) cases the cause of BL was more than 2/3 diameter injury of common bile duct. These patients underwent Roux-en-Y hepaticojejunostomy.

Conclusion. Installation of drainage into the hepatic space and the right flank provide early diagnosis of postoperative complications, one of which is bile flow syndrome. Ultrasound examination of abdominal organs and endoscopic retrograde cholangiopancreatography are performed to determine the cause and localization of the syndrome of the BL syndrome, depending on the volume of the BL. Repeated laparoscopy is indicated for the phenomena of bile peritonitis, significant accumulation of bile in the abdominal cavity. The complex usage of relaparoscopy, transduodenal endoscopic interventions and puncture techniques can significantly reduce the number of laparotomy operations to correct complications.

KEY WORDS: cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy, bile leakage, surgical tactics, relaparoscopy

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Khvorostov Yevgen, MD, PhD, Full Professor, Head of department surgical diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, 9, Igora Muratova str., Kharkiv, Ukraine, 61052,

e-mail: evgeniy.d.khvorostov@karazin.ua, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7167-2478>

Tsivenko Olexii, MD, PhD, Full Professor, Department of Surgical Diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, 9, Igora Muratova str., Kharkiv, Ukraine, 61052, e-mail: olexiy.i.tsivenko@karazin.ua, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0839-9768>

Bychkov Sergii, MD, PhD, Full Professor, Department of Surgical Diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, 9, Igora Muratova str., Kharkiv, Ukraine, 61052; e-mail: sergey.o.bychkov@karazin.ua, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5413-3536>

Hrynov Roman, MD, PhD, Associate professor, Department of surgical diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, 9, Igora Muratova str., Kharkiv, Ukraine, 61052; e-mail: roman.m.grinjov@karazin.ua, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6527-4238>

Zakharchenko Yuriy, MD, PhD, Associate professor, Department of surgical diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, 9, Igora Muratova str., Kharkiv, Ukraine, 61052; e-mail: zaharyb@ukr.net, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7577-5068>

СИНДРОМ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

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

Целью исследования была оценка результатов хирургического лечения больных ЖКБ, у которых развился синдром желчеистечения (СЖИ) путем оптимизации и совершенствования диагностической программы и хирургической тактики лечения с применением миниинвазивных вмешательств.

Материалы и методы. В работе проведен анализ результатов хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), которым выполнили лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ).

Результаты. СЖИ в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 67 больных. У 54 (81,0 %) больных отмечалось поступление желчи по дренажу, а у 13 (19,0 %) пациентов – скопление желчи в брюшной полости диагностировали после удаления дренажей, по клиническим проявлениям и данным УЗИ. У 23 (34,3 %) больных ЖИ купировано консервативными методами. Миниинвазивные эндоскопические, пункционные под контролем УЗИ и релапароскопия были эффективны у 35 (52,2 %) больных, 9 (13,4 %) пациентам выполнена лапаротомия с последующей хирургической коррекцией ЖИ. У 6 (9,0 %) пациентов выполнили лапаротомию, санацию и дренирование брюшной полости и в 1 (1,5 %) случае – при выявлении краевого повреждения правого печеночного протока – ушивание дефекта и дренирование холедоха по Вишневному. В 2 (3,0 %) пациентов причиной развития СЖИ был дефект гепатикохоледоха более чем на 2/3 его диаметра. Этим больным выполнили наложения гепатикоеноанастомоза по методу Ру.

Выводы. Установление дренажей в подпеченочное пространство и правый фланк обеспечивают раннюю диагностику послеоперационных осложнений, одним из которых является синдром ЖИ. С целью определения причины и локализации синдрома ЖИ в зависимости от объема ЖИ выполняют ультразвуковое исследование органов брюшной полости и эндоскопическую, ретроградную холангиопанкреатографию. Повторная лапароскопия показана при явлениях желчного перитонита,

значительном скоплении желчи в брюшной полости. Комплексное применение релапароскопии, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств и пункционных методик позволяет существенно уменьшить число лапаротомных операций для коррекции возникших осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, синдром желчеистечения, хирургическая тактика, релапароскопия

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Хворостов Евгений Дмитриевич, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, ул. Игоря Муратова, 9, Харьков, Украина, 61052, e-mail: evgeniy.d.khvorostov@karazin.ua, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7167-2478>

Цивенко Алексей Иванович, д.мед.н., профессор кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, ул. Игоря Муратова, 9, Харьков, Украина, 61052, e-mail: olexiy.i.tsivenko@karazin.ua, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0839-9768>

Бычков Сергей Александрович, д.мед.н., профессор кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, ул. Игоря Муратова, 9, Харьков, Украина, 61052, e-mail: sergey.o.bychkov@karazin.ua, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5413-3536>

Гринев Роман Николаевич, к.мед.н., доцент кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, ул. Игоря Муратова, 9, Харьков, Украина, 61052, e-mail: roman.m.grinjov@karazin.ua, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6527-4238>

Захарченко Юрий Брониславович, к.мед.н., доцент кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, ул. Игоря Муратова, 9, Харьков, Украина, 61052, e-mail: zaharyb@ukr.net, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7577-5068>