

**ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ – КАК ПРИЧИНА ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ
В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

А.А. Абдиев, С.А Айтбаев

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлены результаты повторных операций у 32 больных причиной которых было желчеистечение. Даны причины желчеистечения на почве паразитарных заболеваний печени и желчнокаменной болезни. После повторных операций осложнения возникли у 4 больных (12,5%), умер один от нарастающей полиорганной недостаточности (3,1%).

Ключевые слова: желчеистечение, диагностика, причины, повторные операции, осложнения, исход.

**ӨТ АГУУ-ИЧ-КӨНДӨЙ ХИРУРГИЯСЫНДАГЫ КАЙРА КАЙТАЛАНГАН
ОПЕРАЦИЯЛАРДЫН СЕБЕБИ КАТАРЫ**

А.А. Абдиев, С.А Айтбаев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Өт агуусу себепкер болгон 32 бейтаптын, кайра кайталанган операцияларынын жыйынтыгы көрсөтүлдү. Өтүн таш оорулары жана боордун мите ооруларынан кийинки, өт агуусунун себептери берилди. Кайра кайталанган операциялардан кийинки мезгилде 4 оорулууда (12,5%) өтүшүп кетүү катталып, бир бейтап өсүп кеткен полиоргандык жетишсиздиктен көз жумду (3,1%).

Негизги сөздөр: өт агуу, диагнозун аныктоо, себептер, кайталанган операциялар, өтүшүп кетүүлөр, жыйынтык.

BILE LEAKAGE – AS A CAUSE OF RELAPARATOMIES IN ABDOMINAL SURGERY

A.A. Abdiev, S.A. Aitbaev

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: presented results of relaparatomies in 32 patients caused by biliary leakage. Given the reasons of bile leakage after parasitic disease and cholelithiasis surgery. The complications were in 4 patients (12.5%), one patient died because of multiorgan failure (3.1%).

Key words: bile leakage, diagnostics, causes, relaparatomies, complications, outcome.

Очень тяжелым осложнением после операций на печени и желчевыводящих путях является желчеистечение, которое существенно ухудшает состояние больных, увеличивает сроки стационарного лечения, а иногда и является причиной смерти, особенно у лиц пожилого и старческого возраста [1, 2, 3]. Причины возникновения желчеистечения многочисленны, но наиболее часто это ятрогенные повреждения желчных путей [4, 5], не замеченные в момент операции, не тщательная обработка ложа желчного пузыря, соскальзывание лигатуры или недостаточно полная перевязка пузырного протока в момент операции, резидуальные конкременты холедоха, которые в момент операции не были выявлены и не удалены, а также после операций, выполненных по поводу эхинококкоза и альвеококкоза может возникать желчеистечение, если в момент операции желчные свищи не были ушиты или не выявлены [6, 7]. Это далеко не

весь перечень причин желчеистечения [1, 4]. В литературе в основном представлена частота и причины одного типа операции, а в целом в абдоминальной хирургии – этих сведений мы не обнаружили. Диагностика желчеистечения не вызывает особых затруднений, а вот выявление причины этого осложнения сложны [2, 7] и кроме того хирурга настораживает то обстоятельство, что после выполнения повторных операций возникают осложнения [3, 5], которые могут существенно влиять на исход заболевания и требуют более длительного стационарного лечения, но повторные операции существенная мера спасти жизнь больному.

Цель работы – представить причины желчеистечений в абдоминальной хирургии и исход повторных операций.

Материал и методики обследования

Под наблюдением находились 32 больных, у которых после операции на печени и желчном пузыре возникло желчеистечение и им выполнена повторная операция в хирургических отделениях городской клинической больницы №1, г. Бишкек с 2009 по 2016 год. Женщин было 20 (62,5%) и мужчин 12 (37,5%) и возраст колебался от 38 до 73 лет, но большинство было старше 50 лет (81,3%), средний возраст составил $32,4 \pm 8,12$ лет.

Из 32 больных 13 оперированы по поводу желчекаменной болезни осложненной острым холециститом и 9 хроническим, 6 пациентов оперированы по поводу эхинококкоза печени и 4 альвеококкоза. Из числа повторно оперированных в нашей клинике операции выполнены у 24, а у 8 в других лечебных учреждениях, а к нам они доставлены по поводу желчеистечения.

В обследовании больных до повторной операции использовали, помимо общеклинического

обследования (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, свертываемость крови, определение функционального состояния почек и печени), применяли УЗИ до операции, в момент ее выполнения и в послеоперационном периоде для своевременного выявления осложнений. Полученные результаты исследования обрабатывали путем вычисления относительных величин (%).

В разработку нами взяты больные с желчеистечением, которые были оперированы лапаротомным доступом и исключили пациентов, с желчеистечением после лапароскопических операций.

При анализе сроков повторной операции было установлено, что 3 больных оперированы через сутки после операции, 4 – через трое суток, а остальные через 8-9 суток.

Результаты и их обсуждение

Все 32 больных с желчеистечением повторно оперированы под эндотрахеальным обезболиванием, частота возникновения желчеистечения и тип первой операции даны в табл.

Таблица

Типы операций и количество больных с желчеистечением.

Заболевание	Тип первой операции	Количество больных с желчеистечением	Из них		
			Ятрогенные	Ошибки при операции	Недостаточный холестаз
Острые и хронические холециститы	Холецистэктомия	20	4	11	5
Эхинококкоз	Капитонаж	5		3	
	Абдоминализация	3		3	
Альвеококкоз	Резекция печени	4	1		5
Итого		32	5	17	10

Наибольшую группу составили больные, у которых желчеистечение возникло после операции холецистэктомия. Из них у двух больных через страховой дренаж через два часа после операции стала выделяться желчь, при наблюдении в течение 6 часов отмечено увеличение количества выделяемой желчи, а при УЗИ выявлено скопление жидкости в подпеченочном пространстве, что и явилось показанием к повторной операции. При релапаротомии выявлено повреждение холедоха, выполнена восстановительная операция, брюшная полость тщательно промыта озонированным раствором хлорида натрия и дренирована. В первые дни после операции состояние больных было тяжелым, а затем постепенно улучшилось и обе выписаны в удовлетворительном состоянии.

Двое больных доставлены из районной больницы, где были выполнена холецистэктомия, а после операции через страховые дренажи выделялась желчь в первые сутки, а затем количество желчи уменьшилось, но появились боли в животе, симптомы раздражения брюшины и их доставили в нашу клинику. Обе больные оперированы в день поступления, выполнена релапаротомия, при ревизии обнаружено полное пересечение холедоха с диастазом отрезков холедоха более 3 см, им выполнен холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру. Состояние постепенно улучшилось. На 12-14 сутки выписаны в удовлетворительном состоянии.

У 5 больных после холецистэктомии желчеистечение появилась на 3-4 сутки после операции, в процессе наблюдения на протяжении 2 суток количество выделяемой желчи не

уменьшилось и они были повторно оперированы. При ревизии установлено, что желчеистечение было обусловлено соскальзыванием лигатуры с пузырного протока, проток перевязан, брюшная полость санирована и дренирована. У всех добились выздоровления. Еще у 5 больных желчеистечение появилось на 3-4 сутки в небольшом количестве, но на 5-6 сутки количество желчи из страхового дренажа увеличилось и сохранялась на протяжении 5-6 суток, при УЗИ выявлено скопление жидкости в подпеченочном пространстве и больным выполнена релапаротомия при которой установлено желчеистечение из ложе удаленного желчного пузыря. Ложе повторно ушито и брюшная полость дренирована.

У 6 больных холецистэктомия сочеталась с холедохолитотомией и дренированием холедоха по Вишневскому. На протяжении 8-10 суток через дренаж выделялось около 300-450 мл желчи и при динамическом наблюдении количество желчи не уменьшалось, выполнена холангиография, выявлены конкременты в дистальном отделе холедоха. При релапаротомии обнаружены конкременты в холедохе, у 4 конкременты свободно удалены, холедох промыт и выполнено повторное дренирование холедоха, а у 2 больных были вклинения конкремента в дистальном отделе холедоха, выполнена дуоденотомия, затем папиллосфинктеротомия и наложен холедоходуоденоанстомоз.

Таким образом анализ причин желчеистечения показал, что причинами были ятрогенное повреждение холедоха, несостоятельность кульги пузырного протока, желчеистечение из ложа удаленного желчного пузыря и оставление конкрементов в холедохе.

После операций, выполненных по поводу эхинококкоза печени желчеистечение возникло у 6 больных. У всех на 2-3 сутки из страхового дренажа стала выделяться желчь в небольшом количестве, за ними вели наблюдение, измеряли ежедневно количество выделяемой желчи и выполняли УЗИ. Общее состояние оставалось удовлетворительным, но количество желчи увеличивалось до 250-300 мл и не уменьшалось до 8-9 суток, что явилось основанием для повторной операции. При релапаротомии у 5 больных, у которых полость фиброзной капсулы ликвидирован капитонажем желчеистечение обусловлено повреждением желчных протоков, наложенный ранее киссетные швы удалены, желчный свищ ушит и полость ликвидирован по Аскерханову, а у 3 больных, которым ранее был выполнен абдоминализация полости фиброзной

капсулы, желчеистечение было обусловлено не ушитым желчным свищем, который не был обнаружен в момент первой операции. Свищ ушит, брюшная полость санирована и дренирована.

После операции, выполненной по поводу альвеококкоза печени, выделение желчи через страховой дренаж отмечено в первые часы после операции, через сутки выделение желчи продолжалось, при УЗИ выявлено скопление жидкости в подпеченочном пространстве и через сутки взят на повторную операцию и при ревизии выявлено пристеночное повреждение холедоха, выполнен дренирование холедоха и брюшной полости. У трех больных после операции резекция печени с первых суток отмечено выделение желчи и наблюдение на протяжении 6 суток показало, что количество желчи не уменьшается. При релапаротомии установлено, что желчеистечение обусловлено не ушитыми желчными протоками. Произведена раздельная обработка желчных протоков и к раневой поверхности фиксировали пластину Тахокомб.

При любой повторной операции уделяли внимание санации брюшной полости и дренированию. Брюшную полость дважды орошали озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл, осушали и дренировали подпеченочное пространство и малый таз. В послеоперационном периоде больные получали антибиотики цефазолин по 1,0 внутривенно два раза в сутки в сочетании с метронидазолом по 100 мл тоже два раза в сутки, назначали инфузионную терапию в которой обязательно включали гепатотропные препараты (гептрал, эссенциале) и создавали функционально выгодное положение для больного, рано активизировали больных.

После операции у 4 отмечены осложнения: у одного возникла частичная несостоятельность холедохоеюноанастомоза, но повторная операция не выполнялась, так как дренажи обеспечивали адекватный отток, у 1 возникло частичное нагноение раны, а у 2 инфильтрат в области раны. Больных выписывали после излечения осложнений. Среднее пребывание в стационаре составило $16,2 \pm 1,12$ койко-дней. Умер один больной, 74 лет, с наличием резидуального конкремента в холедохе, повторно оперирован и хотя операция была минимальная – лапаротомия, холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха, но состояние его ухудшалось, нарастала полиорганный недостаточность, которая и явилась причиной смерти на 2 сутки после релапаротомии.

Наши многолетние наблюдения за больными с желчеистечением позволяют сделать следующие **выводы:**

1. Причины желчеистечения многочисленны и на нашем материале основную группу составили больные, которым в момент операции не уделено внимание холестазу и интраоперационной ревизии холедоха;
2. Для предотвращения желчеистечения необходимо до операции выполнить детальное обследование больных, в момент операции уделять внимание гемо- и желчестазу и использовать все методы диагностики для определения проходимости холедоха (зондирование, холедохоскопия, интраоперационная холангиография);
3. Для своевременного определения срока выполнения повторной операции следить за количеством и качеством отделяемого из дренажей и многократно выполнять УЗИ;
4. При желчеистечении повторные операции, выполненные по показаниям, оправданы.

Литература

1. Бояринцев, Н.М. Повторные операции в экстренной и плановой абдоминальной хирургии [Текст] / Н.М. Бояринцев, Е.В. Николаев, Н.В. Ташинов // Бюллетень ВСНЦСО РАМН. - 2008. - Том 61, №3. - С. 76-77.
2. Дуданов, И.П. Диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений [Текст] / И.П. Дуданов, В.Е. Соболев // Хирургия. - 2007. - №3. - С. 22-25.
3. Жигаев, Г.Ф. Повторные операции на желчных путях после холецистэктомии [Текст] / Г.Ф. Жигаев, А.Д. Быков, И.С. Зутьхарова // Бюллетень ВСНЦ СОРАМН. - 2008. - Том 61, №3. - С. 77-78.
4. Майстренко, Н.А. Хирургическое лечение ятрогенного повреждения желчевыводящих протоков [Текст] / Н.А. Майстренко, П.Н. Ромашенко, А.К. Алиев // Вестник хирургии. - 2016. - №3. - С. 83-85.
5. Кригер, А.Г. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений [Текст] / А.Г. Кригер, Б.К. Шуркалин, П.С. Глушков // Хирургия. - 2003. - №8. - С. 19-23.
6. Martinez-Casas I. Preoperative risk factors for mortality after relaparotomy, analysis of 254 patients [Text] / I. Martinez-Casas, Y.Y. Sancho, E. Nve // Langenbecks. Arch. Surg. - 2010. - Vol. 396, №5. - P. 527-534.
7. Cartu, D. Postoperative biliary peritonitis diagnosis and treatment difficulties [Text] / D.Cartu, I.Georgescu, R. Nemes // Chirurgia (Bucur). - 2016. - Vol. 101, №2. - P. 169-173.