

*Оморов Р.А., Мусаев У.С., Конурбаева Ж.Т., Жумадылов К.С.*

**ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕ КАК ВНУТРИБРЮШНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ  
ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*R.A. Omorov, U.S. Musaev, Zh.T. Konurbaeva, K.S. Zhumadylov*

**BILIFICATION AS AN INTRA-ABDOMINAL COMPLICATIONS  
AFTER CHOLECYSTECTOMY**

УДК: 616.366-002-089.87-06

*Холецистэктомия выполнена у 1318 больных по поводу острого и хронического калькулезного холецистита. Желчеистечение после операции возникло у 28 (2,12%), из них из ложа желчного пузыря - у 12, из культи пузырного протока - у 4, из частичной несостоятельности холедоходуоденоанастомоза - у 2, а у остальных источник желчеистечения не установлен.*

**Ключевые слова:** холецистит, оперативное лечение, желчеистечение, диагностика, лечение.

*Cholecystectomy was carried out in 1318 patients with acute and chronic calculous cholecystitis. Bilifigation after operation was in 28 patients (2,12%); in 12 of them it was from the bed of gallbladder, in 4 patients it was from the stump of cystic duct, and in 2 patients of them it was from the partial incompetence of choledochoduodenostoma. In the rest of the patients the source of bilifigation was not determined.*

**Key words:** cholecystitis, surgical treatment, bilifigation, diagnosis, treatment.

Одной из самых распространенных операций при калькулезном холецистите является холецистэктомия. Несмотря на то, что в настоящее время детально отработаны доступы и техника операции, в послеоперационном периоде в 1-4% все же наблюдается такое осложнение как желчеистечение [1,2]. Это осложнение опасно тем, что если нет адекватного дренирования, либо своевременно не выявлен источник, то желчь распространяется по всей брюшной полости и развивается перитонит, диагностика которого затруднительна, так как он протекает с неярко выраженными клиническими проявлениями, но быстро нарастают явления эндотоксикоза [3,4,5], которые нередко являются причиной смерти больного. Поэтому одной из важных проблем гепатологии является своевременная диагностика желчеистечения и выбор адекватного метода лечения в каждом конкретном случае [2,5].

Цель работы - оценить эффективность лечения желчеистечения после холецистэктомии.

**Материал и методы исследования**

Под наблюдением находилось 1318 больных, страдающих калькулезным холециститом, из них острый холецистит диагностирован у 851, а у остальных - хронический. Возраст колебался от 21 до 87 лет, но большинство поступивших были старше 50 лет. Женщин было 912 (69,2%), мужчин - 406 (30,2%). Все оперированы под эндотрахеальным обезболиванием.

У 1300 произведена холецистэктомия, а у 18 больных, помимо холецистэктомии, выполнен холедоходуоденоанастомоз в связи с наличием множества мелких, замаскообразных конкрементов в холедохе. В разработку данного исследования нами взяты больные, у которых выполнена холецистэктомия и дренирование подпеченочного пространства, а больные, у которых было дренирование холедоха, мы исключили.

В диагностике и оценке течения послеоперационного периода помимо общеклинического обследования (анализ крови и мочи, ЭКГ, печеночные и почечные тесты, флюорография органов грудной клетки) использовано УЗИ и по показаниям фистулохолангиография. Особое внимание после операции уделено результатам УЗИ, которое очень часто выполнялось у лиц с наличием желчеистечения.

**Результаты и их обсуждение**

Все больные оперированы, после операции у 1290 пациентов в ближайшие 2-3 суток из дренажа выделялось незначительное количество серозно-геморрагической жидкости в первые сутки, а затем серозной и дренажи извлекались из брюшной полости на 2-3 сутки после операции.

У 28 больных (2,12%) после операции отмечено выделение желчи по дренажу, расположенному в подпеченочном пространстве. Желчеистечение может быть обусловлено истечением желчи из поверхностно расположенных мелких желчных протоков ложа желчного пузыря, когда используется коагуляция, которая не обеспечивает надежного билиостаза. Данная причина имела место у 12 больных, но повторная операция у них не потребовалась, так как дренирование обеспечивало адекватный отток желчи. Постепенно количество выделяемой желчи уменьшалось и обычно к 7-8 суткам прекращалось и дренажи удалены. Ультразвуковой контроль подтвердил отсутствие скопления жидкости в подпеченочном пространстве.

У двух больных, у которых был наложен холедоходуоденоанастомоз, на 3-5 сутки через дренаж стала выделяться желчь с примесью дуоденального содержимого, ежедневно выполняли УЗИ - скопление жидкости в подпеченочном пространстве не наблюдали, дренажи функционировали удовлетворительно, количество отделяемого постепенно уменьшалось, а к 9 дню прекратилось и дренажи были удалены. УЗИ продолжили выполнять, жидкость не накапливалась и нам удалось добиться выздоровления, благодаря адекватному дренированию.

У 4 больных желчеистечение было обусловлено не устраненной желчной гипертензией, связанной с холедохолитиазом, который не был выявлен в момент выполнения холецистэктомии. У этой группы больных на 3-4 сутки после холецистэктомии резко увеличилось количество выделяемой жидкости с примесью желчи, достигая 300-400 мл за сутки и не уменьшаясь на протяжении 2-3 дней. Это служило для нас основанием детально проанализировать ход выполненной операции и дать оценку результатам ультразвукового исследования. Анализ этих данных показал, что у всех 4 операции выполнялись с техническими трудностями, а при УЗИ у двух отмечалось скопление значительного количества жидкости в подпеченочном пространстве, а у двух наличие жидкости в свободной брюшной полости, причем у одного из них отмечено было внезапное прекращение выделений из дренажа. При этом необходимо отметить, что клинические проявления перитонита у этих 4 пациентов были крайне скудными и выражались в незначительной болезненности по всему животу, субфебрильной температурой, маловыраженными перитонеальными симптомами, но отмечался частый пульс и явления эндотоксикоза. Учитывая эти данные и результаты УЗИ, поставлен диагноз: желчный перитонит, что явилось основанием для экстренной операции. В момент релапаротомии было установлено, что имеет место соскальзывание лигатуры с культи пузырного протока из-за желчной гипертензии, обусловленной холедохолитиазом.

При лапаротомии брюшная полость многократно санирована, произведена холедохотомия, удалены конкременты из холедоха, выполнена контрольная интраоперационная холангиография, проходимость контраста в двенадцатиперстную кишку удовлетворительная, а затем холедох дренирован по Керу, культя пузырного протока повторно лигирована, брюшная полость дренирована. Послеоперационный период протекал тяжело, но благодаря комплексному лечению удалось добиться выздоровления.

У остальных 10 больных с желчеистечением источник не установлен, но скорее всего желчеистечение было обусловлено выделением желчи из ложа пузыря, хотя операция у них не

представляла сложностей и ложе было перитонизировано. У всех было достаточно хорошее дренирование, выделение желчи постепенно уменьшалось, состояние больных было удовлетворительным и после прекращения выделений дренажи удалялись.

Таким образом, наши многолетние наблюдения за больными после холецистэктомии позволяют отметить, что желчеистечение не является редкостью и на нашем материале составило 2,12%.

Источником желчеистечения могут являться желчные протоки в ложе удаленного пузыря, культя пузырного протока и травматические повреждения внепузырных желчных путей.

Тактика лечения желчеистечения зависит от адекватности оттока желчи из брюшной полости и причины возникновения осложнения.

При возникновении перитонита на почве желчеистечения показана экстренная релапаротомия для устранения его причины и санации брюшной полости.

Для своевременной диагностики возникшего осложнения после холецистэктомии необходим строгий контроль за функционированием дренажей и выполнение УЗИ.

#### Литература:

1. Кригер А.Г., Горский В.А., Шуркалин Б.К. Внутривнутрибрюшное желчеистечение после холецистэктомии // Хирургия. - 2001. - № 11. - С.44-46.
2. Кригер А.Г., Ржебаев К.З., Воскресенский П.К. Опасности, ошибки, осложнения при лапароскопических операциях на желчных путях // Анналы хирургической гепатологии. - 2000. - № 1. - С.90-91.
3. Никонов П.В., Слепых Н.И. Оптимизация лечения острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста // Вестник хирургии. - 2008. - № 6. - С.71-75.
4. Тимошин А.Д., Мовчун А.А., Ратникова Н.П. Диагностика и лечение рубцовых стриктур и желчных свищей // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - № 2. - С.79-87.
5. Nagral S., Doctor N. Indication results of hepaticojejunostomy in specialist unit in India // Hepato-Biliary Pancreatic Surg. - 2002. - Vol.9, # 1. - P.113-118.

Рецензент: к.м.н. Токтогулов О.Ж.