

роший косметический эффект. значительное сокращение госпитального периода. Для успешного выполнения этих операций необходимо иметь полный комплекс аппаратуры и инструментария. Следует надеяться, что по мере накопления опыта и совершенствования технологии число сторонников лапароскопической хирургии будет увеличиваться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кочнев О. С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта.—Казань, 1984.
2. Савельев В. С., Буянов В. М., Лукомский Г. И. Руководство по клинической эндоскопии.—М., 1985.
3. Cuschieri A., Dubois F., Moniel J. et al.// Am. J. of Surg.—1991.— Vol. 161.— P. 385—387.
4. Dubois F., Berthelot G., Levard H.// Presse Med.—1989.— Vol. 18.— P. 980—982.
5. Soper N., Basteau S., Clauman L.// Surgery Jyneed, Obstetr.—1992.— Vol. 174.— P. 114—118.

Поступила 19.12.93.

УДК 616.366—072.1—089.87

ПЕЧЕНОЧНО-ПУЗЫРНЫЕ ЖЕЛЧНЫЕ ХОДЫ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

А. Е. Борисов, Л. А. Левин, В. П. Земляной,
Н. И. Глушков, Ю. В. Летина, В. Г. Медведев

Кафедра хирургической гепатологии (зав.—проф. А. Е. Борисов)
Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

С дополнительными желчными протоками, по которым происходит частичный отток желчи из IV—V сегментов печени непосредственно в желчный пузырь, хирурги сталкиваются нечасто. Печеночно-пузырные желчные ходы, выстланные эндотелием, не имеют выраженной собственной гладкомышечной оболочки, как другие внепеченочные желчные протоки. Диаметр их невелик, а длина примерно соответствует толщине стенки тела желчного пузыря в области печеночного ложа. Обнаружить такие протоки во время холецистэктомии, выполняемой традиционным открытым способом, практически невозможно. Возникающее желчеистечение из них предотвращается или уменьшается сдавлением при ушивании печеночного ложа и скрадывается значительной примесью крови в раневом отделяемом в первые сутки после операции.

Использование лапароскопической техники холецистэктомии позволяет во время операции обнаружить печеночно-пузырные желчные ходы, благодаря значительному увеличению изображения и высокой разрешающей способности видеоаппаратуры. Вероятно, такая возможность появляется у хирурга с приобретением определенного «визуального навыка». Так, наличие печеночно-пузырных ходов мы впервые констатировали во время

вмешательства лишь после выполнения более 120 лапароскопических холецистэктомий. Но при последующих 70 операциях таковой вариант анатомического строения желчевыводящих путей был отмечен интраоперационно уже у 4 больных.

При подтягивании желчного пузыря в процессе выделения его из печеночного ложа в рыхлых тканях удается обнаружить короткий узкий тяж, напоминающий вену, идущий перпендикулярно к верхней стенке пузыря. После пересечения желчного хода вокруг дистального отрезка на стенке пузыря появляется пятнышко характерного желтого или бурого цвета с зеленоватым оттенком, иногда заметно подтекание желчи из пузыря и печеночного ложа. Во всех случаях диаметр обнаруженных печеночно-пузырных протоков был не менее 1,5—2,0 мм. Количество их у каждого из пациентов варьировало от 1 до 4. Рассечение протоков производилось крючком или диссектором в режиме коагуляции. В одном наблюдении приводящий отдел желчного хода диаметром 2 мм удалось клипировать до рассечения его электрокоагулятором, но это не предотвратило подтекания желчи из пузыря во время его выделения и удаления из брюшной полости.

Практически невозможно обнаружить желчные ходы до рассечения их

при фиброзном перерождении тканей в печеночном ложе желчного пузыря, а также при воспалительном отеке. В этом отношении представляют интерес следующие наблюдения.

Г., 69 лет, оперирована 27.07. 1993 г. лапароскопически по поводу острого калькулезного холецистита через 2 суток от начала заболевания. Флегмонозно измененный желчный пузырь выделен из рыхлого инфильтрата. Пузырный проток и артерия клипированы раздельно (на культю пузырного протока наложены 2 клипсы) и пересечены. Желчный пузырь без затруднений выделен из печеночного ложа и извлечен из брюшной полости. Дополнительной коагуляции печеночного ложа с целью гемостаза не потребовалось. После промывания подпеченочное пространство осушено и дренировано трубкой через прокол в правом подреберье. Спустя 5—7 мин после завершения операции из дренажа появилось желчное отделяемое. Поскольку причина желчеистечения была неизвестна, в брюшную полость тотчас вновь введены лапароскоп и манипуляторы. Культя пузырного протока выделена до стенки холедоха, повреждение которого исключено. Наложена дополнительная клипса на культю пузырного протока. Лишь после этого было замечено диффузное подтекание светлой прозрачной желчи из печеночного ложа пузыря. Ложе дополнительно коагулировано. После вскрытия и осмотра удаленного желчного пузыря констатирована его эмпиема. В резко утолщенной до 6—8 мм стенке пузыря, прилегающей к печени, обнаружено множество (более 10) желчных ходов диаметром от 0,5 до 3 мм, обозначенных воронкообразным вытяжением слизистой в окружности устьев. Наиболее крупные желчные ходы в толще стенки пузыря выполнены мелкими округлыми конкрементами диаметром от 2 до 3 мм. После их выдавливания пуговчатый зонд свободно проникал по просвету через всю толщу стенки пузыря. В течение первых суток после операции по дренажу из подпеченочного пространства выделилось 180 мл прозрачной желчи, в последующие два дня — 60 и 10 мл, после этого желчеистечение прекратилось. Дренаж извлечен из брюшной полости на 5-е сутки. На 7-е сутки после операции больная выписана в удовлетворительном состоянии.

В четырех наблюдениях, когда наличие печеночно-пузырных ходов было установлено во время лапароскопической холецистэктомии, обильного желчеистечения по дренажу в послеоперационном периоде не отмечалось, но примесь желчи в отделяемом в течение 1—2 дней была во

всех случаях. Такое явление наблюдалось нами и у пациентов из первой сотни оперированных, но достоверно объяснить его причину мы не могли. Ретроспективный анализ позволяет утверждать, что и у тех пациентов также имелись нераспознанные нами дополнительные печеночно-пузырные желчные протоки. Следовательно, частота подобного варианта анатомического строения желчевыводящих путей, по полученным данным, составляет не менее 4%.

Как показывает наш опыт, коагуляция желчных ходов не предотвращает желчеистечения из них в послеоперационном периоде. В таких случаях возникает реальная угроза образования желчных затек со всевозможными последствиями при неэффективной функции дренажа или отказе от его применения.

По этой причине дренирование подпеченочного пространства мы считаем обязательным этапом завершения лапароскопической холецистэктомии. При спокойном течении послеоперационного периода и отсутствии выделений по дренажу его извлекают на следующие сутки после вмешательства, но при сомнениях в случае необходимости оставляют в брюшной полости и на более длительное время. Такая тактика не увеличивает существенно сроков лечения и пребывания больных в стационаре и позволяет оградить их от весьма серьезных осложнений.

Поступила 28.12.93.

HEPATOCYSTIC BILE PASSAGES IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

A. E. Borisov, L. A. Levin, V. P. Zemlyanov,
N. I. Glushkov, Yu. V. Levitina,
V. G. Medvedev

Summary

It is shown that the coagulation of bile passages does not prevent the outflow of bile from them in postoperative period which is connected with real threat of the formation of bile flows with consequences of every description. The drainage of subhepatic space is an obligatory stage of the completion of laparoscopic cholecystectomy.