Комбіноване пошкодження позапечінкових жовчних проток та правої печінкової артерії при лапароскопічній холецистектомії

А. А. Скумс, Т. І. Білий

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Combined injury of extrahepatic biliary ducts and right hepatic artery in laparoscopic cholecystectomy

A. A. Skums, T. I. Bilyi

Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology NAMS of Ukraine, Kyiv

Одне з найтяжчих ускладнень лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) – комбіноване пошкодження позапечінкових жовчних проток та судин, яке зустрічається у 12 – 61% пацієнтів із пошкодженнями жовчних шляхів [1]. Найчастіше (92%) відмічається поєднана травма загальної печінкової протоки та правої печінкової артерії [2]. Її наслідками є інфаркт та абсцедування правої частки печінки (10%), сепсис (48%), формування псевдоаневризми гілок печінкової артерії та кровотеча з них (20%), гемобілія (8%) поряд з ускладненнями, пов'язаними з пошкодженням жовчних шляхів [1 – 3]. Гепатектомія не вважається стандартною процедурою при хірургічному лікуванні комбінованих пошкоджень позапечінкових жовчних проток та судин, необхідність її виконання виникає у 5 – 13,2% пацієнтів [3 – 6].

Найчастіше резекцію печінки при комбінованому пошкодженні позапечінкових жовчних проток та судин виконують у разі її атрофії або некрозу, наявності сепсису, неможливості реконструкції жовчних проток та її багаторазових невдалих попередніх спроб [6]. Наводимо власне клінічне спостереження комбінованого пошкодження позапечінкових жовчних проток та правої печінкової

артерії при ЛХЕ з розвитком абсцедування правої частки печінки та гемобілії.

Хвора В., 1953 р. н., госпіталізована у відділення хірургії поєднаної патології та захворювань заочеревинного простору 21.07.2020 р. зі скаргами на біль у правому підреб'ї, загальну слабкість, озноб, підвищення температури тіла до 38 – 39 °С, чорні випорожнення, наявність дренажу з гнійно-геморагічними виділеннями до 150 мл на добу.

З анамнезу відомо, що 19.05.2020 р. за місцем проживання було виконано ЛХЕ, дренування підпечінкового простору. В післяопераційному періоді виникла жовчна норія з дебітом жовчі 350 мл за добу, з приводу чого проводилося консервативне лікування.

30.06.2020 р. виконана операція – гепатикоеюностомія з браунівським співустьям та заглушкою за О. О. Шалімовим. Післяопераційний період ускладнився частковою неспроможністю анастомоза, що характеризувалося виділенням по дренажу до 100 мл жовчі та періодично крові.

Дані лабораторних методів обстеження: лейкоцити $18,30 \times 10^9$ /л, еритроцити $2,58 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін 75 г/л, ШОЕ 60 мм/год, загальний білок 53,9 г/л, загальний білірубін 18,9 мкмоль/л, прямий білірубін 12,5 мкмоль/л,

Рис. 1.
МСКТ. Абсцес сегмента VII печінки.

Рис. 2.
Ангіографія. Джерело кровотечі – дистальна кукса правої печінкової артерії (вказано стрілкою).

аланінамінотрансфераза 143 Од/л, аспартатамінотрансфераза 111 Од/л.

За результатами мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ) у сегменті VII печінки виявлений абсцес розмірами 86 × 75 мм з наявністю горизонтального рідинного вмісту та газового компонента (рис. 1). В інших сегментах правої частки печінки візуалізуються шість абсцесів розмірами 10 – 23 мм. Ліва частка без ознак вогнищевої патології. Артеріальне кровопостачання печінки – IX тип за Michels. Визначається оклюзія правої печінкової артерії з формуванням колатерального кровообігу через ліву печінкову артерію.

Клінічний діагноз: комбіноване пошкодження загальної печінкової протоки, тип III за Bismuth та правої печінкової артерії. Стеноз гепатикоєюноанастомоза. Множинні абсцеси правої частки печінки. Гемобілія. Постгеморагічна анемія III ступеня.

З метою виведення пацієнтки із септичного стану виконано дренування абсцесу правої частки печінки під контролем ультразвукового дослідження (УЗД). Після одержання результатів бактеріологічного дослідження вмісту абсцесу призначена цілеспрямована антибіотикотерапія. Під контролем УЗД виконували пункцію та санацію дрібних абсцесів печінки.

У зв'язку з наявністю рецидивуючої внутрішньої кровотечі проводили гемостатичну терапію, переливання еритроцитарної маси. Через неефективність консервативного лікування для встановлення джерела кровотечі 11.08.2020 р. виконана діагностична ціліакомезентерікографія. Встановлено, що загальна печінкова артерія відходить від верхньої брижової артерії. Виявлена оклюзія правої печінкової артерії. Артеріальне кровопостачання правої частки печінки відбувається через колатералі лівої печінкової артерії. Джерелом кровотечі є дистальна кукса правої печінкової артерії (рис. 2). Застосування ендovasкулярних методик гемостазу визнано неможливим. Прийнято рішення про необхідність виконання оперативного втручання.

13.08.2020 р. виконана правобічна гемігепатектомія, гепатикоєюностомія з лівою печінковою протокою.

У післяопераційному періоді у хворої спостерігалась асцитопродукція. Виписана з клініки в задовільному стані 24.09.2020 р.

Раніше ми повідомляли про комбіноване пошкодження позапечінкових жовчних проток та правої печінкової артерії при ЛХЕ, ускладнене гемобілією, коли була успішно виконана ендovasкулярна емболізація правої печінкової артерії і в подальшому – регепатикоєюностомія [7]. Особливістю даного спостереження є те, що джерелом кровотечі була дистальна гілка правої печінкової артерії, у зв'язку з чим застосування ендovasкулярних методик гемостазу було технічно неможливим. При поєднанні абсцедування печінки та гемобілії гепатектомія є єдиним способом радикальної корекції.

Підтвердження

Фінансування. За рахунок державного бюджету.

Внесок кожного учасника. Скумс А. А., Білий Т. І. – аналіз літературних джерел, отриманих даних, написання тексту.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють, що вони не мають конкуруючих інтересів.

Згода на публікацію. Автори прочитали остаточний варіант рукопису та дали згоду на його публікацію.

References

1. Sarno G, Al-Sarira AA, Ghaneh P, Fenwick SW, Malik HZ, Poston GJ. Cholecystectomy-related bile duct and vasculobiliary injuries. *Br J Surg*. 2012 Aug;99(8):1129–36. doi: 10.1002/bjs.8806. Epub 2012 Jun 14. PMID: 22695869.
2. Strasberg SM, Helton WS. An analytical review of vasculobiliary injury in laparoscopic and open cholecystectomy. *HPB (Oxford)*. 2011 Jan;13(1):1–14. doi: 10.1111/j.1477–2574.2010.00225.x. Epub 2010 Nov 15. PMID: 21159098; PMCID: PMC3019536.
3. Stewart L, Robinson TN, Lee CM, Liu K, Whang K, Way LW. Right hepatic artery injury associated with laparoscopic bile duct injury: incidence, mechanism, and consequences. *J Gastrointest Surg*. 2004 Jul-Aug;8(5):523–30; discussion 530–1. doi: 10.1016/j.gassur.2004.02.010. PMID: 15239985.
4. Perini MV, Herman P, Montagnini AL, Jukemura J, Coelho FF, Kruger JA, et al. Liver resection for the treatment of post-cholecystectomy biliary stricture with vascular injury. *World J Gastroenterol*. 2015 Feb 21;21(7):2102–7. doi: 10.3748/wjg.v21.i7.2102. PMID: 25717244; PMCID: PMC4326146.
5. Li J, Frilling A, Nadalin S, Broelsch CE, Malago M. Timing and risk factors of hepatectomy in the management of complications following laparoscopic cholecystectomy. *J Gastrointest Surg*. 2012 Apr;16(4):815–20. doi: 10.1007/s11605–011–1769–2. Epub 2011 Nov 9. PMID: 22068969.
6. Jabłońska B. Hepatectomy for bile duct injuries: when is it necessary? *World J Gastroenterol*. 2013 Oct 14;19(38):6348–52. doi: 10.3748/wjg.v19.i38.6348. PMID: 24151352; PMCID: PMC3801304.
7. Skums AV, Litvin AI, Kondratyuk VA, Zhalko–Titarenko IV, Skums AA, Stokolos AV, et al. Combined injuries common hepatic duct and the branch of the right hepatic artery, complicated hemobilia. *Klin hir*. 2015;(1):69–71. In Russian.

Надійшла 12.10.2020