

БИЛИОДИГЕСТИВНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ЛЕЧЕНИИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Жумадылов К.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Городская клиническая больница № 1,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Наблюдали 9 больных с ятрогенным повреждением, у 2 повреждение замечено в момент операции, а у остальных выявлено в послеоперационном периоде. Всем выполнены билиодигестивные анастомозы, осложнения имели место у двух больных.

Ключевые слова: желчные протоки, повреждения в момент операции, оперативное лечение.

ОТ ТҮТҮКЧОЛОРУНУН ЯТРОГЕНДИК ЖАРАТТАРЫН ДААРЫЛООДО БИЛИОДИГЕСТИВДИК АНАСТОМОЗДОРУН САЛУ

Жумадылов К.С.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
№ 1 шаардык клиникалык оорукана,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ятрогендик жарат менен 9 бейтап көзөмөлгө алынган, анын ичинен экөөсү операция учурунда байкалганб калган бейтаптардын жараты операциядан кийинки убакта байкалык. Баардык бейтаптарга билиодигестивдүү анастомоздор салынган, анын ичинен эки бейтаптын дартынын кабылдоосу катталган.

Негизги создор: от түтүкчолору, операция учурундагы жарат, операциялык даарылоо.

BILIODIGESTIVE ANASTOMOSES IN THE TREATMENT OF IATROGENIC DAMAGES OF THE BILIARY DUCTS

Zhumadylov K.S.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz state medical academy,
municipal clinical hospital #1,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: We observed 9 patients with the iatrogenic damage. The damage was noticed during the operation in 2 patients, and in the rest of the patients they were brought to light in the postoperative period. The biliodigestive anastomoses were fulfilled in all the patients. Complications were in two patients.

Key words: biliary ducts, damages during the operation, surgical treatment.

Повреждения желчных протоков – одно из самых тяжелых операционных осложнений, требующих сложных и часто многократных восстановительных или реконструктивных операций, приводящих к инвалидизации и даже к смерти больного [1,3]. С применением лапароскопических холецистэктомий из минидоступа частота ятрогенных повреждений увеличилась с 0,8% до 3,5% [5,6], что подтверждает необходимость поиска наиболее эффективных методов лечения этих повреждений. В центре внимания хирургической гепатологии остаются вопросы своевременной диагностики, сроков и метода хирургической коррекции [2,4,6].

Цель исследования – представить

результаты использования билиодигестивных анастомозов в лечении ятрогенных повреждений желчных протоков.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 9 больных с ятрогенным повреждением желчных протоков при операции холецистэктомии, которым были выполнены билиодигестивные анастомозы. Мы не даем анализ больных, которым были выполнены восстановительные операции, так как в нашу задачу входило оценить билиодигестивные анастомозы в лечении ятрогенных повреждений.

Из 9 больных у двух операция холецистэктомии с ятрогенным повреждением

желчных протоков была выполнена в нашей клинике, повреждение выявлено в момент операции. а остальные больные были оперированы в других лечебных учреждениях различных районов и были доставлены в клинику в различные сроки (от 3 суток до 1,5 года) после холецистэктомии, двое из них поступили с явлениями разлитого желчного перитонита. У 7 тяжесть состояния осложнила выраженная желтуха, уровень билирубина колебался от 62 мкмоль/л до 312 мкмоль/л, гнойный холангит, прогрессирующая холемическая интоксикация. Двое больных оперированы из минидоступа, а остальные – из традиционной лапаротомии.

Результаты и их обсуждение

Двое больных, которые были оперированы у нас в клинике, у одной был хронический калькулезный холецистит, а у второй – острый. Повреждения выявлены в момент операции. У одной из них повреждение было обусловлено аномалией расположения пузырного протока, которую оперирующий хирург не распознал, и в момент операции полностью был пересечен общий желчный проток, дефект составил более 2 см, выполнить восстановительную операцию было невозможно, а у второй повреждение было обусловлено техническими трудностями в связи с обширным воспалительным процессом в области печечно-двенадцатиперстной связки и ворот печени, был также пересечен холедох. К операции подключался квалифицированный хирург, который выявил повреждение, и одной наложен гепатикодуоденоанастомоз, а у второй – гепатикосюноанастомоз на выключенной петле по Ру, у обеих анастомоз дополнен транспеченочным дренированием.

Наиболее тяжелыми были две больные, которые доставлены из районных больниц с клиникой разлитого перитонита, желтухи, холангита. После кратковременной подготовки в день поступления обе оперированы, при лапаротомии у обеих установлено полное пересечение холедоха – наложен гепатикосюноанастомоз на выключенной петле по Ру, дренирование брюшной полости. Состояние больных было тяжелым, но благодаря комплексной терапии удалось добиться

выздоровления.

Одна больная поступила через месяц после холецистэктомии, у нее после операции выделялось большое количество желчи через дренаж, с которым она была выписана домой, состояние прогрессивно ухудшалось. После обследования решено, что имеет место повреждение желчных протоков. В момент повторной операции установлено, что ранее был поврежден печеночный проток и, кроме того, выявлена стриктура в дистальном отделе холедоха. Наложено бигепатикосюноанастомоз на выключенной петле по Ру без каркасного дренирования. Состояние больной постепенно улучшалось и она была выписана в удовлетворительном состоянии.

У остальных 4 больных, поступивших с желтухой и холангитом в более поздние сроки после холецистэктомии, после подготовки и обследования взяты на операцию и при этом было установлено, что ранее имело место пристеночное повреждение желчных протоков, после которого сформировались стриктуры, которые и явились показанием для операции. Двум из них выполнен бигепатикосюноанастомоз без каркасного дренирования, а двум – с транспеченочным дренированием.

Из 9 наблюдаемых нами больных у 4 был полностью пересечен холедох, еще у одной поврежден печеночный проток, а у 4 было повреждение долевого протока.

Необходимо отметить, что после билиодигестивных анастомозов состояние больных оставалось тяжелым, поэтому проводилась интенсивная детоксикационная и противовоспалительная терапия, что позволило добиться выздоровления. В момент выписки из стационара всем выполнена рентгенокопия желудка и двенадцатиперстной кишки, забрасывания контраста в желчные пути не выявлено.

В отдаленные сроки после билиодигестивных анастомозов (от 1 года до 3 лет) у одной из 9 обследованных возникло стенозирование анастомоза, ей повторно выполнена операция, вновь формирование холедохосюноанастомоза на выключенной петле

по Ру.

Выводы

1. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии не являются редким осложнением, их лечение требует высокой квалификации хирурга и после операции необходимо медикаментозное лечение на устранение интоксикации, воспалительного процесса и восстановление функции печени.

2. Ятрогенные повреждения желчных путей возникают при незнании возможности аномалии их развития и при наличии обширного воспалительного процесса, который изменяет анатомо-морфологические взаимоотношения желчных путей и сосудов.

Литература:

1. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. «Свежие» повреждения желчных протоков // Хирургия. – 2010. - № 10. – С.4-10.

2. Емельянов С.И., Панченков Д.Н., Мамалыгина Л.А. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений

внепеченочных желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. - № 3. – С.55-61.

3. Журавлев В.А., Русинов В.М., Булдаков В.В. Опыт реконструктивных операций на внутри- и внепеченочных протоках без наружного дренирования // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Том 10, № 2. – С.55-56.

4. Кузнецов Н.А. Билиодигестивные анастомозы и папиллосфинктеротомия в лечении непроходимости желчных путей // Хирургия. – 1998. - № 1. – С.24-29.

5. Ситников В.А., Стяжкина С.Н., Кузнецов Н.С., Коробейников В.И. Ятрогенные травмы гепатикохоледоха как причина постхолецистэктомического синдрома // Альманах Института хирургии им.А.В.Вишневого. – 2011. - № 2. – С.74-75.

6. Engin A., Haberal M., Sanac G. Side-to-side choledochoduodenostomy in the management of choledocholithiasis // Brit. J. Surg. – 1998. – Vol.65, # 2. – P.90-102.