

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ТРАВМАХ
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Джапиев У.Х.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница
Ош, Кыргызская Республика

Резюме. Цель работы – улучшение результатов хирургического лечения интраоперационных травм желчных протоков. Представлен опыт лечения 21 больного в возрасте от 21 до 81 года. У 6 (28,6%) больных повреждение желчных протоков было обнаружено интраоперационно. Восстановительная операция была произведена одному (4,8%) больному. Реконструктивные операции в объеме билиодигестивного анастомоза по Ру выполнены 18 (85,7%) больным. Двоим (9,5%) больным операции были завершены наружным дренированием желчных путей. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 2 (9,5%) больных. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: интраоперационная травма, желчные протоки, реконструктивная операция.

ӨТ ТҮТҮКТӨРҮНҮН ОПЕРАЦИЯ УЧУРУНДА ПАЙДА БОЛГОН ТРАВМАЛАРЫН
ДАРЫЛОО ТАКТИКАСЫ

Джапиев У.Х.

Ош област аралык бириккен клиникалык ооруканасы
Ош, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Эмгектин максаты – өт түтүктөрүнүн операция учурунда пайда болгон травмаларын хирургиялык дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу. 21-ден 81 жаш курагындагы 21 оорулуунун дарылоо тажрыйбасы көрсөтүлдү. 6 (28,6%) оорулууда өт түтүктөрүнүн травмасы операция учурунда аныкталды. Калыбына келтирүүчү операция бир (4,8%) оорулууга жасалды. Ру боюнча билиодигестивдик анастомоз көлөмүндөгү реконструктивдик операциялар 18 (85,7%) оорулууга жасалды. Эки (9,5%) оорулууда операциялар өт түтүктөрүн дренаж аркылуу сыртка чыгаруу менен аякталды. Операциядан кийинки кошумча оорулар эки (9,5%) оорулууда орун алышты. Операциядан кийинки өлүм катталган жок.

Негизги сөздөр: операция учурундагы травма, өт түтүктөрү, реконструктивдик операция.

THE TACTICS OF TREATMENT
FOR INTRAOPERATIVE INJURIES OF THE BILE DUCTS

Djapiev U.H.

Osh Interregional united clinical hospital
Osh, Kyrgyz Republic

Resume. The aim of the work - to improve the results of surgical treatment of intraoperative injuries of the bile ducts. Experiences in treatment of 21 patients aged 21 to 81 years are presented. 6 (28.6%) patients injury of bile ducts was detected intraoperatively. Reconstructive surgery was performed one (4.8%) patients. Reconstructive surgery in a volume Roux biliodigestive anastomosis performed 18 (85.7%) patients. Two (9.5%) patients the operation was completed external drainage of the biliary tract. Postoperative complications registered with 2 (9.5%) patients. Lethal outcomes were not.

Keywords: intraoperative trauma, bile ducts, reconstructive surgery.

Актуальность.

Интраоперационная травма желчных протоков (ИТЖП) продолжает оставаться одним из наиболее грозных осложнений в абдоминальной хирургии. Как правило, травма желчных протоков (ЖП) происходит во время операций на желчных путях, чаще всего холецистэктомии (ХЭ), реже - при операциях на желудке, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе [1-3].

Интерес к проблеме не только не ослабевает, но в последние годы даже возрос в связи с широким внедрением в хирургическую практику малоинвазивных технологий: видеолaparоскопии и минилапаротомии с элементами открытой лапароскопии. В настоящее время до 63,5-95% ХЭ выполняется этими способами [2, 4]. Частота ИТЖП, которая составляла 0,1-0,3% при открытой ХЭ, с внедрением лапароскопической ХЭ увеличилась до 0,4-3,0% [2, 3, 5]. Удельный вес этого осложнения при минилапаротомной ХЭ составляет 0,2-2,5% [4, 6]. Максимальное количество осложнений возникает в период освоения эндоскопической методики и проведения первых 20-50 операций [7].

Хирургическое лечение ИТЖП - один из самых сложных разделов желчной хирургии. Несмотря на прогресс в этой области в течение последних десятилетий,

осложнения после восстановительных и реконструктивных операций возникают у 10-47% больных, послеоперационная летальность составляет 5-28,2%, а повторные оперативные вмешательства вследствие формирования стриктур после первичной пластики ЖП требуются 10-38% больных [1-4]. Судьба значительной части больных с рубцовыми стриктурами ЖП – это длительное страдание, повторные операции, желтуха, гнойный холангит, билиарный сепсис, печеночная недостаточность, вторичный билиарный цирроз печени, портальная гипертензия и, как следствие, высокая летальность [2, 3, 5-7]. Все вышеизложенное заставляет искать оптимальные варианты лечения ИТЖП, разрабатывать алгоритм диагностических и тактических мероприятий при возникших осложнениях.

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения ИТЖП.

Материал и методы.

С 1998 по 2014 года в Национальном Госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и в хирургическом отделении №1 Ошской межобластной объединенной клинической больницы находился 21 больной с ИТЖП. Возраст больных колебался от 21 до 81 года. Мужчин было 13 (29,5%), женщин – 31 (70,5%).

Основным видом операции, ставшей причиной

ятрогенной травмы ЖП, была ХЭ – 41 (93,2%). Из них традиционная ХЭ была произведена в 36 (87,8%) наблюдениях, ЛХЭ – в 4 (9,8%), ХЭ из мини-доступа – в 1 (2,4%). В остальных 3 (6,8%) случаях причиной ятрогении оказались соответственно резекция желудка (1), эхинококкэктомия из печени (1) и ушивание посттравматического разрыва печени (1).

Ятрогенные травмы ЖП в наших учреждениях развились у 19 (43,2%) больных (Национальный Госпиталь – 1, Ошская межобластная объединенная клиническая больница - 18). Остальные 25 (56,8%) больных были оперированы или переведены из других областных, городских и территориальных больниц нашей страны.

У 21 (47,7%) пациентов имелись «свежие» ятрогенные повреждения. Характер «свежих» травм ЖП был следующим: краевое пересечение холедоха – 1, полное пересечение и перевязка холедоха – 1, странгуляция холедоха лигатурой дренажа по Холстеду-Пиковскому – 1, полное пересечение гепатикохоледоха с иссечением холедоха – 1, краевое повреждение (коагуляционная перфорация) гепатикохоледоха при ЛХЭ – 1, пересечение гепатикохоледоха – 9 (краевое - 7, полное - 5), перевязка гепатикохоледоха – 1, пересечение и перевязка гепатикохоледоха – 1, клипирование гепатикохоледоха – 2, повреждение правого печеночного протока – 3.

С целью дифференциальной и топической диагностики проводили комплексное обследование, включающее, помимо общеклинических и биохимических лабораторных и инструментальных методов, специальные методы исследования. Ультразвуковое исследование проводили рутинно во всех случаях до применения инвазивных методов и позволял выявить механическую желтуху, гепатомегалию, расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, наличие протоковых конкрементов, состояние поджелудочной железы, наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Результаты и обсуждение.

Выбор лечебной тактики зависел от вида повреждения, наличия в клинической картине желчного перитонита, степени механической желтухи, тяжести состояния больных, а также от количества ранее перенесенных операций, выполненных с целью «исправить

ошибку».

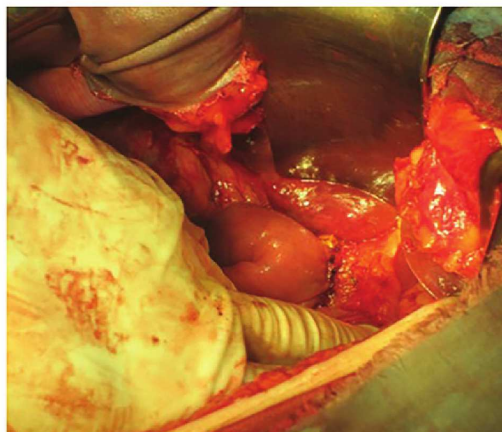
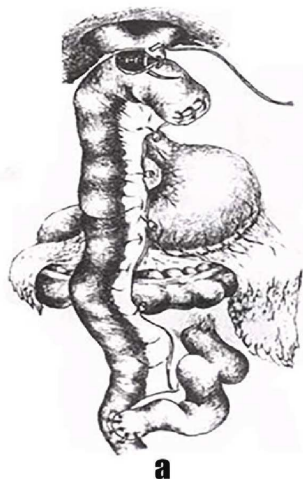
Мы являемся сторонниками бескаркасного билиодигестивного дренирования. Реконструктивное оперативное лечение заключалось в формировании би-, три- и гепатикоэюностомии по Ру (рисунок 1). Поврежденный ЖП идентифицировали и мобилизовывали в проксимальном направлении. При высоких стриктурах для создания оптимального билиодигестивного анастомоза производили продольное рассечение левого печеночного протока по Керу до 1-1,5 см. У пациентов, которым производили предоперационное наружное дренирование желчных протоков, дренажные трубки удаляли. После мобилизации гепатикохоледоха участок тощей кишки длиной 60-80 см изолировали по Ру для создания билиодигестивного анастомоза, который формировали конец в бок с использованием узловых швов рассасывающимися нитями условных размеров 3/0-4,0 (Biosin, PDSII, Monocol, Айкол). В методологии билиодигестивной операции по Ру важное значение придаем прецизионной технике анастомозирования и атравматическому шовному материалу с декретированными сроками рассасывания.

Если в процесс было вовлечено более одного протока, то накладывали отдельные анастомозы на одной кишечной петле. Область анастомоза дренировали с помощью дренажей.

Как правило, результаты попыток восстановления билиарного пассажа в территориальных и городских больницах при «свежей» травме ЖП, как правило, были неудовлетворительными. Эти больные были направлены к нам на 2 сутки и позднее после операции.

Из 21 больного со «свежими» травмами ЖП лишь у 6 (28,6%) повреждение было обнаружено интраоперационно. Из этой группы больных у одного сразу произведена хирургическая реконструкция – гепатикоэюностомия на выключенной по Ру петле тощей кишки. А в остальных 5 наблюдениях первый этап операции был завершен наружным дренированием желчных протоков.

В целом же при «свежих» повреждениях ЖП 5 (23,8%) больным были выполнены одноэтапные заключительные операции в более ранние сроки после



**Рисунок 1. Законченный вид бигепатикоэюностомии по Ру:
а – схема, б – фото собств. наблюдения.**

выявления травмы ЖП. Из них в одном случае на 7 сутки после ЛХЭ было произведено ушивание гепатикохоледоха, в двух случаях – бигепатикоэюноанастомоз по Ру, в одном случае – гепатикоэюноанастомоз по Ру, в последнем случае операция завешена наружным дренированием по Вишневскому.

В 13 (61,9%) наблюдениях из 21 произведено двухэтапное оперативное лечение. На первом этапе выполняли лапаротомию и наружное дренирование ЖП (11 больных) или чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей под ультразвуковым наведением (2 больных). Вторым этапом осуществляли гепатико- (2), бигепатико- (8) и тригепатикоэюноностомии по Ру (2). У одной пациентки осуществить билиодигестивную реконструкцию по Ру не оказалась возможной и второй этап операции был завершён наружным дренированием ЖП. На наш взгляд такой исход хирургического лечения связан с неправильно выбранной первичной хирургической тактики в территориальном лечебном учреждении.

У 3 (14,3%) больных из 21 со «свежей» травмой ЖП в целом было произведено трехэтапное оперативное лечение. На первых двух этапах было осуществлено наружное желчеотведение с целью купирования желчного перитонита, стихания воспалительных процессов брюшной полости и стабилизации общего состояния больных. Лишь третьим этапом произведено наложение гепатико- (1) и бигепатикоэюноанастомоза по Ру (2). Здесь следует отметить, что этим 3 больным после операции ХЭ в других лечебных учреждениях были предприняты тактически ошибочные попытки восстановления целостности ЖП, что повлекло за собой повторные операции. Наш опыт показывает, что при отсутствии возможностей первичной коррекции ятрогенной «свежей» травмы ЖП (квалификация хирурга, желчный перитонит, механическая желтуха, тяжелое состояние больного) путем выполнения восстановительной или реконструктивной операции оптимально задренировать магистральные ЖП на первом этапе и выполнить билиодигестивную реконструкцию по Ру на втором этапе хирургом с соответствующей профессиональной компетенцией в гепатобилиарной хирургии.

Таким образом, при «свежих» травмах ЖП первично-восстановительная операция была произведена одному (4,8%) больному (ушивание травмы гепатикохоледоха после ЛХЭ). Реконструктивные операции в объеме билиодигестивного анастомоза по Ру выполнены 18 (85,7%) больным (гепатикоэюноностомия по Ру – 4, бигепатикоэюноностомия по Ру – 12, тригепатикоэюноностомия по Ру – 2). Двоим (9,5%) больным операции были завершены наружным дренированием ЖП.

Ближайшие результаты оперативного лечения больных с ятрогенными травмами оценивали по частоте послеоперационных осложнений и летальности. Из всего 21 случая послеоперационные осложнения зарегистрированы у 2 (9,5%): острая спаечная кишечная

непроходимость и стриктура бигепатикоэюноанастомоза.

Повторно оперировано 2 больных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (1) и стриктуры бигепатикоэюноанастомоза по Ру, развившейся через 4 месяца. В последнем случае произведена реконструкция бигепатикоэюноанастомоза по Ру. Но, несмотря на это, у данного пациента развился рестеноз анастомоза, в связи с чем было выполнено наружное дренирование ЖП.

Послеоперационной летальности не было.

Вывод.

Таким образом, ИТЖП в большинстве случаев (71,4%) диагностируется в поздние сроки после развития желчного перитонита, наружного желчного свища и механической желтухи. Анализ опыта хирургического лечения ИПЖВП позволяют констатировать, что при желчном перитоните вследствие ятрогенной травмы ЖП оптимально проведение двухэтапного лечения: 1-этап – наружное дренирование ЖП и ликвидация перитонита, 2-этап – реконструктивная операция. Альтернативным методом реконструктивного лечения ИТЖП считается формирование бескаркасного билиодигестивного анастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки с использованием прецизионной техники и рассасывающегося атравматического шовного материала. Реконструктивные операции должны выполняться хирургом, владеющим техникой выполнения операций на органах гепатобилиарной системы.

Литература:

1. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. Факторы, определяющие выбор операции при «свежих» повреждениях магистральных желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2009. – Т. 14. - № 1. – С. 49-56.
2. Зюбина Е.Н. Ятрогенные травмы и стриктуры желчевыводящих протоков // *Хирург.* – 2008. - № 4. – С. 13-20.
3. Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Делибалтов К.И. и др. Хирургическое лечение больных со «свежими» повреждениями внепеченочных желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2014. – Т. 19. - № 1. – С. 75-79.
4. Красильников Д.М., Фаррахов А.З., Курбангалеев А.И. Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков // *Практическая медицина.* – 2010. - № 8 (47). – С. 20-29.
5. Мамакеев М.М., Бектуров Ж.Т., Сыргалиев Д.Т. и др. Хирургическая коррекция повреждений и стриктур внепеченочных желчных протоков // *Хирургия Кыргызстана.* – 2008. - № 2. - С.2-6.
6. Ничитайло М.Е., Грубник В.В., Скумс А.В. и др. Профилактика повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии: клинические рекомендации Украинской ассоциации по минимальноинвазивным, эндоскопическим и лазерным технологиям // *Клиническая хирургия.* – 2013. - № 6. – С. 5-10.
7. Archer S.B. Bile Duct Injury During Laparoscopic cholecystectomy: Results of a National Survey // *Ann Surg.* – 2001. – V. 234. – N. 4. – P. 2001-2007.