

9. Юревич, М.А. Видовой состав и антибиотикочувствительность микрофлоры конъюнктивы у больных с катарактой // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН. – 2012. – № 2. – С. 2-10.
10. Barry P. et al. ESCRS study of prophylaxis of postoperative endophthalmitis after cataract surgery // J. Cataract. Refract. Surg. – 2006; 32:407-10 (updated patient numbers and percentages).
11. Friling E. et al. Six-year incidence of endophthalmitis after cataract surgery: Swedish national study / E. Friling, M. Lundstrom, U. Stenevi, P. Montan // J. Cataract. Refract. Surg. – 2013. – Vol. 39. – P. 15-21.
12. Shorstein N.H. et al. Decreased postoperative endophthalmitis rate after institution of intracameral antibiotics in a Northern California eye department / N.H. Shorstein, K.L. Winthrop, L.J. Herrinton // J. Cataract. Refract. Surg. – 2013. – Vol. 39. – P. 8-14.
13. Speaker M.G., Milch F.A., Shah M.K. Role of external bacterial flora in the pathogenesis of acute postoperative endophthalmitis // Ophthalmology. – 1991. – Vol. 98. – P. 639-649.
14. Wong, T.Y. The epidemiology of acute endophthalmitis after cataract surgery in an Asian population / T.Y. Wong, S.P. Chee // Ophthalmology. – 2004. – Vol. 111. – №4. – P. 699-705.

УДК 616.361-089:616.381-002-089.48:616.34-089.86

© В.С. Пантелеев, Р.Р. Абдеев, М.А. Нартайлаков, А.Х. Мустафин, Г.Р. Баязитова, 2015

В.С. Пантелеев^{1,2}, Р.Р. Абдеев¹, М.А. Нартайлаков², А.Х. Мустафин², Г.Р. Баязитова^{1,2}
**ВРЕМЕННОЕ НАРУЖНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ДЛЯ ВНУТРИКИШЕЧНОГО
 ОТВЕДЕНИЯ ЖЕЛЧИ ИЗ ПЕЧЕНИ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ
 ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ**

¹ГБУЗ «Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова», г. Уфа

²ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

Представлена разработанная методика создания временного наружного шунта с использованием Т-образных трубчатых дренажей для внутрикишечного отведения желчи у больных с ятрогенными повреждениями наружных желчевыводящих протоков на фоне механической желтухи, холангита и желчного перитонита. Временный шунт позволяет избежать ежедневного перорального приема пациентами собственной желчи, а также подготовить культю гепатикохоледоха к формированию широкого гепатикоюноанастомоза на втором этапе хирургического лечения без использования каркасных транспеченочных дренажей.

Ключевые слова: ятрогенные повреждения желчевыводящих протоков, временный наружный шунт, гепатикохоледох, гепатикоюноанастомоз.

V.S. Panteleev, R.R. Abdeev, M.A. Nartaylakov, A.Kh. Mustafin, G.R. Bayazitova
**TEMPORARY EXTERNAL INTRALUMINAL SHUNT
 FOR DIVERSION OF BILE FROM THE LIVER,
 AT IATROGENIC INJURIES OF THE BILIARY TRACT**

The article presents a newly developed method for creation of a temporary external shunt using a "T-shaped" tube drainage for intestinal diversion of bile in patients with iatrogenic injuries of external biliary ducts against the background of obstructive jaundice, cholangitis and biliary peritonitis. A temporary shunt allows to avoid the daily oral intake of the patients own bile, and to prepare the stump of hepaticocholedochus to the formation of a broad hepaticojunostomy on the second stage of surgical treatment without frame transparency drains.

Key words: iatrogenic damage to the bile ducts, temporary external shunt, hepaticocholedochus, hepaticojunostomy.

Непреднамеренное ятрогенное повреждение с полным пересечением гепатикохоледоха ведет к неминуемым повторным оперативным вмешательствам, направленным на наружное дренирование, восстановление или реконструкцию желчных протоков [1-5]. Если повреждение обнаружено во время операции, то имеется возможность закончить ее либо наружным дренированием культи гепатикохоледоха с последующим направлением пациента в специализированный гепатологический центр, либо, если позволяет квалификация хирурга, восстановительным билиобилиарным анастомозом на дренаже. В ситуации, если повреждение выявляется уже в послеоперационном периоде, когда возникает механическая желтуха с холангитом и желчным перитонитом приходится думать о том, каким

образом и что не менее важно, когда выполнять реконструкцию желчевыводящих протоков – сразу при выполнении релапаротомии или же вторым этапом, дождавшись купирования послеоперационных осложнений. До сих пор нет единого мнения о выборе метода оперативного вмешательства и во сколько этапов его проводить.

Материал и методы

В Республиканском центре хирургической гепатологии на базе ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова в период с 2009 по 2014 гг. было пролечено 9 пациентов (8 женщин и 1 мужчина) с ятрогенными повреждениями наружных желчевыводящих протоков. У всех пациентов согласно классификации Bismuth-Strasberg (1995) уровень пересечения гепатикохоледоха был I-II, т.е. ниже слияния долевых желчных

протоков с сохранением общей культи гепатикохоледоха. Во всех случаях имели место желтуха той или иной степени с холангитом и желчный перитонит различной распространенности. У большей части пациентов (6 человек) выполнялась чрескожная чреспеченочная холангиостомия для наружного отведения желчи и выявления уровня и характера повреждения путем рентгеноконтрастного исследования. У остальных 3-х пациентов оперативное вмешательство проводилось без особой подготовки в экстренном порядке по жизненным показаниям из-за распространенного перитонита и тяжелого состояния.

Методика операции заключалась в следующем. После (ре)лапаротомии вначале проводили санацию с дренированием брюшной полости, а затем тщательно ревизовали гепатодуоденальную связку с выявлением уровня и характера повреждения гепатикохоледоха. Убедившись в том, что долевые протоки не повреждены, выполнялись дренирование культи гепатикохоледоха с использованием Т-образного трубчатого дренажа (дренаж Керра), причем таким образом, когда один конец короткого плеча дренажной трубки устанавливался в левый долевой, а другой конец в правый долевой протоки. Длинное же плечо дренажа выводилось на переднюю брюшную стенку и фиксировалось к коже. Таким образом обычно заканчиваются все дренирующие операции при деструкции гепатикохоледоха, но в отличие от нашего варианта в качестве дренажа используется прямая трубка (дренаж Вишневого). После формирования холангиостомы с целью создания временного шунта для отведения желчи из печени в кишку формировалась подвешная энтеростома. Для этого мобилизовался изолированный участок (80,0 см) начального отдела тощей кишки, который фиксировался к внутренней стороне брюшной стенки и дренировался с применением Т-образного трубчатого дренажа, длинное плечо которого как и холангиостомы выводилось на переднюю брюшную стенку и фиксировалось к коже (рис. 1). В последующем, после того как стихали явления холангита, оба конца выведенных наружу дренажей соединялись между собой посредством временного наружного шунта, представляющего однопросветную силиконовую трубку, несколько большую по диаметру, чем Т-образные дренажи. Таким образом, желчь поступала из печени через сформированный шунт и энтеростому в тощую кишку. После нормализации и стабилизации состояния больные выписывались на амбулаторное лечение.

По истечении 3-4 месяцев после проведения шунтирующей операции пациенты в плановом порядке госпитализировались для проведения второго (реконструктивного) этапа хирургического лечения. Методика оперативного вмешательства на втором этапе заключалась в следующем. После проведения лапаротомии ревизовалась гепатодуоденальная связка с выделением культи гепатикохоледоха, из которой удалялся установленный в нее на первом этапе Т-образный дренаж. Далее оценивалось состояние стенок культи с последующим максимально возможным расширением ее в сторону левого долевого желчного протока для максимально возможного увеличения его просвета (рисунк).

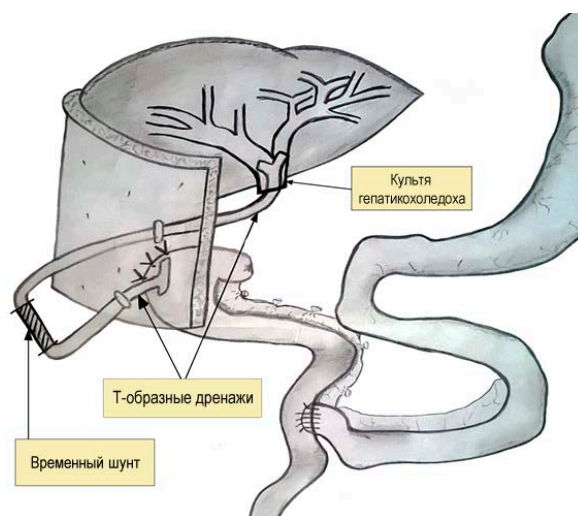


Рис. Временный наружный шунт для отведения желчи из печени в кишку

В результате получалась широкая культи гепатикохоледоха (не менее 2,0 см) с плотными стенками. Сформированная на первом этапе оперативного вмешательства подвешная энтеростома разобщалась с передней брюшной стенкой, а петля изолированной тощей кишки использовалась для создания гепатикоюноанастомоза однорядными швами с применением прецизионной техники. Операция заканчивалась дренированием подпеченочного пространства.

Результаты и обсуждение

Из 9 прооперированных больных кратковременное разъединение шунта после первого этапа хирургического лечения в амбулаторных условиях осуществляли у двух пациентов в связи с непродолжительными явлениями холангита. После второго этапа хирургического вмешательства у одного пациента в ближайшем послеоперационном периоде отмечалась частичная несостоятельность гепатикоюноанастомоза, проявляющаяся желчеистечением по страховым дренажам, купировать которую

удалось консервативно. У другого пациента возникло внутрибрюшное кровотечение, справиться с которым также удалось без повторной операции. В отдаленном послеоперационном периоде, через 17 месяцев после реконструктивного этапа хирургического лечения у одного пациента отмечалась механическая желтуха, причиной которой стало частичное рубцевание гепатикоюноанастомоза. Купировать желтуху удалось путем чрескожного чреспеченочного наружновнутреннего дренирования, что явилось окончательным вариантом лечения в связи с преклонным возрастом пациента и сопутствующими заболеваниями в стадии декомпенсации.

Заключение

Разработанная нами методика позволила решить немаловажную проблему качества жизни пациентов, связанную с ежедневным пероральным приемом собственной желчи в течение длительного времени (3-4 месяца), поскольку в отличие от традиционной дренирующей операции в нашем варианте оперативного вмешательства желчь поступала хоть и опосредованно, через временный шунт, но в кишку, а не наружу.

Длительное нахождение Т-образного дренажа (3-4 месяца) в культе гепатикохоледоха и обоих долевого желчных протоках, по нашему мнению, вызывает в них хроническое

продуктивное воспаление, что приводит к уплотнению их стенок и расширению просвета, а это в свою очередь позволяет формировать достаточно широкий и надежный гепатикоюноанастомоз без использования каркасных транспеченочных дренажей. Именно плотные стенки культы желчного протока являются залогом успеха механической прочности гепатикоюноанастомоза, что крайне трудно достигнуть, формируя его на первом этапе хирургического вмешательства, когда высок риск прорезывания швов из-за тонких и рыхлых тканей культы неширокого гепатикохоледоха на фоне перитонита и холангита.

Мобилизованный изолированный участок тощей кишки, применяемый на первом этапе хирургического вмешательства в качестве подвесной энтеростомы с целью временного приема желчи, на втором этапе операции используется уже для создания билиодигестивного анастомоза и, следовательно, постоянного тракта для пассажа желчи. Это обстоятельство позволяет: во-первых, сократить время операции на втором этапе; во-вторых, что очень важно, манипулировать в одной отграниченной спайками анатомической зоне брюшной полости (подпеченочное пространство), а значит предотвратить развитие распространенного перитонита в случае несостоятельности анастомоза.

Сведения об авторах статьи:

Пантелеев Владимир Сергеевич – д.м.н., зав. отделением лазерной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова; доцент кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Достоевского 132. E-mail: w.s.panteleev@mail.ru.

Абдиев Рустем Рансович – к.м.н., зав. отделением абдоминальной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова. Адрес: 450005, г. Уфа, ул. Достоевского 132.

Нартайлаков Мажит Ахметович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Мустафин Айрат Харисович – д.м.н., профессор кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Баязитова Гузель Рафаэловна – врач-хирург отделения диализа ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, ассистент кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450005 г. Уфа, ул. Достоевского 132.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин, Э.И. Руководство по хирургии желчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев – М.: Издат. Дом Видар. – М., 2006. – 568 с.
2. Делибалтов, К.И. Диагностика и хирургическое лечение ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ставрополь. 2011. – 26 с.
3. Красильников, Д.М. Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков / Д.М. Красильников, А.З. Фаррахов, А.И. Курбангалеев // Практическая медицина. – 2010. – № 47. – С. 20-29.
4. Нартайлаков М.А. Эффективность применения гепатопротектора Гепапрал в комплексном лечении больных механической желтухой / М.А. Нартайлаков, Г.Р. Базитова, Р.С. Мингазов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2009. – №8. – С. 102-107.
5. Хирургия печени и желчных путей / М.А. Нартайлакова [и др.]. – Уфа: Изд-во «Здравоохранение Башкортостана», 2005. – 206 с.
6. Andren-Sanberg, A. Accidental Lesions of the common bile duct cholecystectomy. Results treatment / A. Andren-Sandberg, G. Alinder, S. Bengmark // Ann. Surg. 1995. – Vol. 201, № 4. – P. 452-455.