

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. С 1993 по 2005 год по поводу ЯПЖП во время ЛХЭ были оперированы 54 больных в возрасте от 18 - 79 лет. Мужчин было 8, женщин – 46 (85,2 %). Для диагностики ЯПЖП использовали повторную лапароскопию, УЗИ, МРТ, методы прямого контрастирования желчных протоков: чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ), фистулохолангиографию, эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХГ). По показаниям применяли и КТ. В последние годы инвазивным методам (ЭРХПГ) предпочитали магнитно-резонансную холангиопанкреатографию, позволяющую получить исчерпывающую информацию о состоянии протоков (МРХПГ).

Об уровне повреждения желчных протоков определенно можно было судить только при «свежих» повреждениях, то есть распознанных сразу во время ЛХЭ, или в раннем послеоперационном периоде. Для определения уровня повреждения использовали классификацию Н. Bismuth (I тип повреждения – низкий, II – средний, III – высокий (на уровне бифуркации), IV – высокий (с разрушением бифуркации), V – повреждены долевые и сегментарные протоки). Среди 20 больных, оперированных нами при «свежих» повреждениях низкий и средний тип (I – II) наблюдался в 5 случаях, в остальных – имело место высокое повреждение – тип III, IV, V (9, 3 и 3 соответственно).

У большинства больных после повторных операций по поводу ЯПЖП находили высокий уровень повреждения: тип III – 16, IV – 25, тип V – 7. В двух случаях был пересечен, а в одном – иссечен правый долевой проток, у одного больного пересечены общий печеночный проток на уровне бифуркации и клипирован левый долевой проток, в двух случаях повреждены сегментарные протоки правой доли. Наряду с повреждением протока на уровне бифуркации у одной больной была клипирована правая долевая печеночная артерия, вследствие чего в правой доле печени возникли массивные участки некроза.

Признаками ЯПЖП являлись: во время ЛХЭ – появление желчи под печенью при манипуляциях на шейке желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связке, а в послеоперационном периоде – симптомов перитонита и желчеистечения по контрольному дренажу. Сроки распознавания ЯПЖП были различные. Менее чем в половине случаев (20 больных) повреждения были замечены во время ЛХЭ.

У 34 больных повреждение было распознано уже после операции (63,0 %) , в том числе, в трех случаях при наличии частичного клипирования гепатикохоледохы через 3 мес и 2 года .

РЕЗУЛЬТАТЫ. Хирургическая тактика во многом определялась наличием того или иного осложнения.

Среди 31 больного 13 – перенесли по две, а трое – по три лапаротомии.

Кроме того, еще 3 больных оперированы через 3 месяца – 2 года после ЛХЭ в связи с развитием рубцовой стриктуры на месте клипирования . У многих больных (11 из 31 – 35,5%) ранее были сделаны восстановительные операции, чаще их выполняли сразу после попытки ЛХЭ. Мы также 4 раза наложили билибилиарный анастомоз в разных ситуациях: сразу после попытки лапароскопической холецистэктомии – 1, при желчеистечении по дренажу – 2 и при

Артемяева Н.Н., Коханенко Н.Ю.
**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА
 ПРИ ЯТРОГЕННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ
 ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ВО ВРЕМЯ
 ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
 ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ
 ОТ СРОКОВ ИХ ВЫЯВЛЕНИЯ**
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, г. Санкт Петербург

Наиболее сложной и драматичной ситуацией в гепато-билиарной хирургии являются ятрогенные повреждения желчных протоков (ЯПЖП) . Более чем в 90% случаев ЯПЖП происходят при холецистэктомии, а в последние годы – преимущественно при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

ЦЕЛЬЮ работы были анализ причин неудачных исходов первичных восстановительных и реконструктивных операций после ЯПЖП во время лапароскопической холецистэктомии и определение оптимальной хирургической тактики в зависимости от осложнений и сроков диагностики повреждения.

желтухе – 1. Во всех случаях в сроки до 6 месяцев возникла клиника рубцовой стриктуры билиобилиарного анастомоза (ББА) (100% !).

Кроме 4 больных, с рубцовой стриктурой билиобилиарного анастомоза, которых мы вынуждены были оперировать повторно еще четверо были оперированы двухмоментно. В качестве первого вмешательства было применено наружное дренирование протоков (при перитоните – 3, при прогрессирующей желтухе и подпеченочном абсцессе – 1), а после стихания воспалительного процесса выполнили реконструктивную операцию. У всех 12 больных, которым сразу был наложен билиодигестивный анастомоз (БДА), отмечены хорошие результаты. У одной пациентки 71 года ЯПЖП возникло вследствие наличия холецистохоледохеального свища. При попытке выполнить холецистэктомии лапароскопическим путем было замечено повреждение стенки холедоха. Операция продолжена открытым способом. Удаляя пузырь, хирург иссек стенку протока на протяжении трех см. Мы применили методику, которую использовали ранее после «открытых» повреждений – сделали пластику протока с помощью невскрытой стенки тонкой кишки на Т-образном дренаже. Дренаж был удален через 6 мес. Через 3 года признаков стриктуры протока нет.

Двенадцать больных, оперированных нами сразу после распознавания ЯПЖП, перенесли только одно вмешательство. У остальных 42 пациентов, несмотря на попытки восстановить проходимость протоков, развились следующие осложнения: рубцовая стриктура ББА – 12, рубцовая стриктура билиодигестивного анастомоза (БДА) – 6, наружные желчные свищи – 12, внутренние желчные свищи – 3, подпеченочный абсцесс – 4. Наружный дренаж желчных протоков имелся у 11 больных.

Почти у каждого больного имелась клиника гнойного холангита, у 6 – с абсцессами в печени.

Отличительной особенностью операций при «свежих» ЯПЖП, а также диагностированных в первые дни после ЛХЭ является относительная простота поисков поврежденных протоков, поскольку еще не развился грубый рубцовый процесс. Стенка протока еще рубцово не изменена, как правило, не бывает гнойного холангита и других гнойно-инфекционных осложнений.

При перитоните тактика оказывалась довольно сложной. В большинстве случаев (11 из 13 (85%) диагноз перитонита был поставлен в 1-3 сутки, в одном случае – на 12 день, и еще в одном – через 4 недели, когда в брюшной полости скопилось более 4 литров желчи. В этом случае поиски поврежденного протока в воротах печени были сопряжены с определенными трудностями. У этой больной, как и еще у двух, оперированных на фоне перитонита, реконструктивная операция выполнялась двухмоментно: наружное дренирование протоков и через 2-3 месяца – наложение гепатико (бигепетико) еюноанастомоза на сменных транспеченочных дренажах (СТД). Наши наблюдения показали, что любые попытки восстановительных и реконструктивных операций при перитоните оканчиваются неудачей.

Были выполнены следующие реконструктивные операции: наложение гепатикоеюноанастомоза – 7, бигепатикоеюноанастомоза – 28, тригепатикоею-

ноанастомоза – 3, анастомоза только с правым долевым протоком – 3, только с левым – 1.

Если у больных, оперированных сразу или в ранние сроки после повреждения, мы применяли в основном дренажи Т, У-образные или одноканальные, сроки пребывания которых не превышали 3-6 месяцев, то в группе больных, ранее уже перенесших открытые операции, всегда использовали сменные дренажи, особенно они были необходимы при наложении анастомозов с долевыми и сегментарными протоками.

Умерла одна больная 68 лет, перенесшая 4 «открытых» вмешательства и билиарный сепсис. Причиной смерти на 10 сутки после операции явилась тромбозомия легочной артерии. Летальность составила 1,9%. Чтобы дать оценку отдаленным результатам различных вмешательств при ЯПЖП, по нашему мнению, должно пройти не менее года после удаления дренажей. В настоящее время с дренажами ходят 12 пациентов, в том числе до года – 5, до 2-х лет – 4, до 3-х лет – 3. У остальных 40 выживших больных после удаления дренажей приступов холангита или иных проявлений рубцовой стриктуры не наблюдается.

Таким образом, результаты хирургической коррекции повреждений желчных протоков во время ЛХЭ зависят от сроков их обнаружения. Лучшие результаты получены при наложении гепатико(бигепатико)еюноанастомоза на отключенной по Ру петле тонкой кишки, выполненной сразу после повреждения. Любые восстановительные и реконструктивные операции при наличии перитонита завершаются рубцеванием анастомозов. Повторные реконструктивные вмешательства при ЯПЖП отличаются значительной сложностью их выполнения, поскольку практически во всех случаях уровень повреждения становится высоким (тип III – V). Длительное каркасное дренирование протоков сменными транспеченочными дренажами (СТД) предупреждает развитие повторных стриктур анастомозов.

Выводы: 1. При «свежих» ЯПЖП методом выбора должны быть билиодигестивные анастомозы. Чем выше повреждение, тем более показано использование каркасных дренажей, вариант которых может быть различным.

2. В случаях, осложненных перитонитом операции должны выполняться двухмоментно: наружное дренирование желчных протоков с последующей реконструктивной операцией.

3. Для купирования механической желтухи при клипировании проксимального конца поврежденного протока целесообразно использовать чрескожную чреспеченочную холангиостомию.

4. При операциях по поводу рубцовых стриктур билиобилиарных и билиодигестивных анастомозов реконструктивные операции должны выполняться с применением СТД. Такие дренажи должны применяться и при стриктурах протоков типа III – V.

5. Сроки замены дренажей зависят от исходного состояния протоков, наличия холангита и литогенности желчи. Поэтому они должны быть индивидуальными и варьировать от 6 до 12 недель при условии регулярного их промывания.

6. Отдаленные результаты операций по поводу ЯПЖП можно оценивать не ранее чем через год после удаления дренажей.