

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (ОПЫТ 10 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЙ)

**С.И. ЕМЕЛЬЯНОВ, Д.Н. ПАНЧЕНКОВ, Л.А. МАМАЛЫГИНА, А.Н. ТОКИН,
А.А. ЧИСТЯКОВ, Д.Г. ЖЕЛЯБИН**

Кафедра общей хирургии МГМСУ. Ул. Делегатская 20/1, Москва, Россия, 103473
Дорожная больница им. Н.А. Семашко МЖД, Спортивный проезд, 3, Москва, Россия
109386

В статье представлен опыт лечения 32 пациентов с интраоперационными повреждениями внепеченочных желчных протоков за период с 1993 по 2003 годы. Приводится характеристика выполненных реконструктивных операций на внепеченочных желчных протоках. На основании имеющихся результатов даются рекомендации по хирургической тактике и технике выполнения данных оперативных вмешательств.

Частота интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП) составляет по данным разных авторов 0,09 – 3,0% от всех операций на органах брюшной полости [3]. Как правило ятрогенные травмы ВЖП происходят во время операций на желчных путях, чаще всего холецистэктомии, реже – при операциях на желудке, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе [1, 7, 10].

Факторами, predisposing к интраоперационному повреждению ВЖП, являются врожденные аномалии и вариабельность топографо-анатомических взаимоотношений в билиопанкреатодуоденальной зоне, инфильтративно-воспалительные изменения в области гепатодуоденальной связки, отсутствие адекватного технологического обеспечения [6, 8]. Однако главной причиной, приводящей к ятрогенным повреждениям ВЖП, являются тактические и технические ошибки хирурга, связанные с незнанием или неуменением хирурга найти выход в сложной ситуации, а иногда – излишняя самоуверенность [5, 8]. Согласно систематизированным литературным данным к случайному ранению желчного протока во время операции приводят: 1) технические трудности, вызванные недостаточностью обезболивания; 2) неправильно выбранный разрез брюшной стенки и устье операционного доступа; 3) выраженные инфильтративно-воспалительные изменения в области слияния пузырного и общего печеночного протоков; 4) грубые манипуляции при выделении культи пузырного протока; 5) грубое инструментальное обследование желчного протока, предпринимаемое для выявления патологического процесса в нем, особенно если для этого применяются неприспособленные инструменты; 6) слишком резкое натяжение и перегиб общего печеночного протока (ОПП) или общего желчного протока (ОЖП) во время обработки культи пузырного протока; 7) принятие общего печеночного или общего желчного протока за пузырный проток; 8) попытка остановить кровотечение зажимом «вслепую».

Материалы и методы.

За период с 1993 по 2003 годы в хирургическом отделении Дорожной больницы им. Н.А. Семашко МЖД выполнено 4 678 холецистэктомий, из них традиционным методом 2691, лапароскопических холецистэктомий (ЛХ) – 1987. В последние пять лет ЛХ составляют 80% от числа всех выполняемых холецистэктомий. Мы наблюдали 4 случая интраоперационных повреждений ВЖП при традиционной холецистэктомии (0,15%) и 9 случаев травмы ВЖП при ЛХ (0,45%). Всего реконструктивных операций на ВЖП за указанный период выполнено 32. Из них 19 переведены из других лечебных учреждений, при этом 17 из них получили повреждения ВЖП во время ЛХ.

Для диагностики повреждений мы применяли следующие обследования: интраоперационная холангиография, УЗИ, ретроградная холангиопанкреатография, транспеченочная холангиография, спиральная компьютерная томография с болюсным контрастированием, фистулохолангиография.

Результаты и обсуждение.

Интраоперационные повреждения ВЖП мы разделили на три группы:

1. Повреждения, выявленные во время операции (5 случаев). При традиционной холецистэктомии 3 случая, при ЛХ – 2 случая. В этой группе были выполнены следующие операции:

- первичный шов ОЖП в 3-х случаях. Из них в 1-м случае были прецизионно наложены отдельные узловые швы на небольшой пристеночный дефект в стенке протока, что не потребовало в дальнейшем дополнительных вмешательств, а в 2-х случаях производилось ушивание на Т-образном дренаже, что в последующем привело к формированию рубцовой стриктуры и потребовало реконструктивной операции – бигепатикоеюностомии на отключенной петле по Ру,

- наружное дренирование ОЖП в 1-м случае. В последующем выполнена реконструктивная операция – бигепатикоеюностомия на отключенной петле по Ру,

- в одном случае при полном пересечении ОЖП была выполнена первичная гепатикоеюностомия по Ру.

2. Повреждения, выявленные в первые 6 суток после операции (3 случая). Всем больным этой группы было выполнено наружное дренирование ОЖП с последующей реконструктивной операцией – бигепатикоеюностомией по Ру.

3. Большая часть больных поступала спустя 2-6 месяцев после первой операции с клинической картиной механической желтухи, при обследовании у них выявлена рубцовая стриктура ОЖП. Всем больным в зависимости от локализации повреждения были выполнены реконструктивные операции, соответственно тетрагепатикоеюностомия -2, бигепатикоеюностомия – 17, гепатикоеюностомия – 5.

Осложнений после выполненных реконструктивных операций отмечено не было.

При боковых (пристеночных) повреждениях ОЖП допустимо ушивание и дренирование тонким дренажем на срок от 1 месяца и дольше. Не следует пытаться восстановить непрерывность билиарного тракта путем наложения холедохо-холедохоэального анастомоза при пересечении протока, в особенности когда имеет место иссечение участка протока на протяжении. В таких ситуациях методом выбора является наложение анастомоза между проксимальной культей поврежденного протока и отключенной по Ру петлей тощей кишки. Однако такая тактика обоснована при диаметре протока не менее 4 мм, и наличии опыта таких операций у хирурга. При отсутствии таких условий показано наружное дренирование желчных путей на срок до 2 месяцев.

Реконструктивные операции, выполняемые в связи с наружным желчным свищем, рубцовой стриктурой, механической желтухой, всегда должны подразумевать наложение билиодигестивного анастомоза. Основным требованием к такой операции должно быть выделение неизменной стенки протока, что при высоких стриктурах порой требует и частичной резекции IV сегмента, использование прецизионной техники, резорбируемого монофиламентного шовного материала и отдельных швов. При этом следует избегать каркасного дренирования анастомоза.

Выводы.

Анализируя опыт коллег и свой, мы считаем, что реконструкции при повреждениях ВЖП должны выполняться хирургами, имеющими опыт выполнения подобных операций, в лечебных учреждениях, где имеется возможность полноценной диагностики и качественного лечения данного контингента пациентов. В стационарах, где такая возможность отсутствует, можно рекомендовать наружное дренирование протоков как первый этап с последующей срочной госпитализацией в специализированное лечебное учреждение для дальнейшего хирургического лечения.

Литература

1. Агеев М.А. К профилактике ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей при резекции желудка. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996. - 1 (приложение). - С. 266.
2. Азимов М.А., Касымов Х. Ранения желчных протоков при холецистэктомии и резекции желудка. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996. - 1 (приложение). - С. 266-267.
3. Алтеев Б.К., Вахидов А.В., Акбаров М.М. Хирургическое лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков ятрогенного происхождения. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996. - 1 (приложение). - С. 267.
4. Ансатаров Э.А., Ибадильдин А.С. О результатах устранения ятрогенных повреждений в желчной хирургии. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996. - 1 (приложение). - С. 268.
5. Артемьева Н.Н. Повреждения желчных протоков во время операции и способы их исправления. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996. - 1 (приложение). - С. 269.
6. Войленко В.Н. Особенности топографии внепеченочных желчных путей в норме и при патологии и их значение при оперативных вмешательствах (клинико-анатомическое исследование). Дисс. докт. мед. наук. - Львов, 1968. - С. 195-236.
7. Лидов П.И., Шепилов И.Г. Показания к прецизионному шву гепатикохоледоха и методика его применения. // *Актуальные проблемы реконструктивной хирургии*. - М., 1989.
8. Малайчук В.И., Пауткин Ю.Ф. Современный шовный материал и прецизионная техника шва в хирургии доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных протоков. - М.: Изд-во РУДН, 2000. - С. 201.
9. Нечай А.И., Майстренко Н.А. Ятрогенные повреждения желчных протоков - причины и способствующие обстоятельства. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996. - 1 (приложение). - С. 293-294.
10. Ничитайло М.Е., Дяченко В.В. и др. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1999. - 4. - №2.
11. Романов Г.А., Лобаков А.И., Долгова М.Б. и др. Комплексная диагностика и эндоскопическое лечение рецидивного и резидуального холедохолитиаза. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2000. - № 1. - С.98-101.
12. Савельев В.С. Показания к холедоходуоденостомии. // *Вестник хирургии им. Грекова*. - 1952. - №2. - С. 47-51.
13. Савельев В.С., Мозучев В.М. Хирургическое лечение холедохолитиаза. // *Клиническая хирургия*. - 1973. - №6. - С.1-5.
14. Тимошин А.Д., Ерамишанцев А.К., Шестаков А.Л., Юрасов А.В., Мовчун В.А. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. // *Вестник РАМН*. - 1997 - №9. - С. 25-29.

SURGICAL TREATMENT OF IATROGENIC BILE DUCTS INJURY. (EXPERIENCE OF 10 YEARS)

S.I. EMELIANOV, D.N. PANCHENKOV, L.A. MAMALYGYNA, A.N. TOKIN, A.A. CHISTYAKOV, D.G. GELYABIN

Department of general surgery of MGMSU. Delegatskaya str., 20/1, Moscow, Russia
103473. Semashko Railway Hospital. Sportivny pr-d, 3, Moscow, Russia, 109386

The experience of treatment of 32 patients with iatrogenic injury of extrahepatic bile ducts is presented. Authors performed 2 tetrahepaticoeunostomies, 24 bihepaticoeunostomies, 5 hepaticoeunostomies. All the anastomoses have been made by Roux method. In one case of small intraoperative injury of common bile duct (CBD) during laparoscopic cholecystectomy, the CBD defect was closed with primary suture. In conclusion authors give the practical recommendations in choice of the method of iatrogenic injury of extrahepatic bile ducts surgical treatment.