

Барванян Г.М., Конюхов Ф.Р.,
Тишанский В.С., Усов А.В.
**ПРИЧИНЫ ЯТРОГЕННЫХ
ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ
ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*Коми Республиканская больница,
Городская больница №1, г. Сыктывкар.*

Современными тенденциями билиарной хирургии являются резкое увеличение операций по поводу желчнокаменной болезни и внедрение новых технологий при оперативных вмешательствах. При отсутствии проблем технической и коммерческой доступности операцией выбора является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Реже выполняют холецистэктомию из мини-доступа и открытую холецистэктомию (ОХ). Следствием увеличения количества операций явилось увеличение ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП). Точных статистических данных, по всей вероятности, не существует. Публикации из клиник, занимающихся данной проблемой, приводят сводную статистику по больным, поступившим из других стационаров. По литературным данным частота повреждений ВЖП достигает при ОХ 0,1 – 0,8%, а при ЛХЭ – 0,3 – 3%. Период становления страховых медицинских компаний и невысокая правовая культура населения на данном этапе позволяет избегать крупных экономических санкций в отношении лечебно-профилактических учреждений и оперировавшего хирурга. Однако, травма ВПЖ в большинстве случаев обрекает больного на длительные страдания, инвалидизацию, а летальность при этой патологии доходит до 8 – 40%. Повторные операции, направленные на восстановление адекватного оттока желчи в просвет желудочно-кишечного тракта, сложны и нередко многоэтапны. Несмотря на значительный прогресс в хирургии желчнокаменной болезни частота травм ВЖП не имеет тенденции к снижению, что определяет актуальность проблемы.

Целью данного исследования является изучение причин ятрогенных повреждений ВПЖ и определение возможных путей их снижения.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 25 пациентов с ятрогенными повреждениями ВЖП с 1995 по 2005 г. Двадцати трем пациентам выполнены повторные операции в хирургическом отделении Республиканской больницы, двое оперированы хирургом санитарной авиации в других стационарах республики.

Женщин было 22, мужчин – 3. Возраст от 23 лет до 71 года. Все больные оперированы по поводу желчнокаменной болезни. Вмешательство на желчных путях до операции у этих больных не планировалось. В условиях ургентной хирургии оперировано 14 пациентов. ОХ сделана 19 пациентам, ЛХЭ – 4, из мини-доступа – 2. Во время первой операции повреждение распознано только у 4 больных. Им выполнены первичные восстановительные и реконструктивные операции. Двое из них повторно оперированы: через 5 месяцев и через год. С клиникой механической желтухи поступило 14 больных, с желчным свищом – 8 больных. У одной больной при поступлении выявлен

разлитой желчный перитонит. У 2 больных до поступления повторные операции безуспешно выполнены в стационарах, где во время первой операции были повреждены ВЖП. Локализация повреждений такова: долевые печеночные протоки – 3 больных, общий печеночный проток – 15 больных, зона впадения пузырного протока в общий печеночный проток – 7 больных. Повреждений дистального отдела общего желчного протока не было. Восстановительные операции выполнены 3 больным, реконструктивные – 20 больным. Одной больной выполнено наружное дренирование правого печеночного протока и одному больному наружное дренирование гепатикохоледоха с микрогастростомией. На реконструктивный этап операции эти больные не явились. Умерло 4 (16%) больных: двое непосредственно после повторной операции, одна больная с дренажом правого печеночного протока через два года и один больной – через год (причина смерти не известна в связи с выездом из региона).

Выделяем три группы причин ятрогенных повреждений: а) аномалии развития и технические трудности; б) квалификация хирурга и опыт в желчной хирургии; в) организационные.

Технические причины. Выраженный воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки встретились в 13 случаях. Трудность была обусловлена изменением нормальных анатомических взаимоотношений из-за выраженного и (или) длительного воспаления в этой зоне. В 5 случаях причиной повреждения были попытки остановки кровотечения из культи пузырной артерии. Аномалий и редких вариантов нормальной анатомии этой зоны отмечено не было ни в одном случае. Операционная холангиография не выполнялась ни в одном случае. Надо отметить, что в заключительном диагнозе в 4 случаях по понятным причинам был выставлен диагноз аномалии развития желчных протоков.

Недостаточная квалификация хирурга явилась причиной ятрогенных повреждений в 19 случаях (76%). При этом операции выполнялись хирургами с небольшим стажем работы или хирургами с большим стажем работы в абдоминальной хирургии, но с небольшим опытом в хирургии желчных путей. В ряде случаев (достоверно о количестве судить трудно) по данным протокола предшествующей операции, бесед с хирургом и находкам повторной операции при использовании известных технических приемов можно было избежать повреждения ВЖП. В 6 случаях ятрогении допущены хирургами, имеющими достаточный опыт в билиарной хирургии. В 3 случаях ими были повреждены протоки в период освоения ЛХЭ и в одном случае при настойчивых попытках продолжить ЛХЭ при наличии подострого воспаления и инфильтрата в области шейки желчного пузыря.

Организационные причины. После внедрения в 1995 году малоинвазивных методик в хирургии желчнокаменной болезни больные с этой патологией стали концентрироваться в хирургических отделениях нескольких крупных многопрофильных больниц республики. При этом с 1999 года отмечено резкое уменьшение ятрогенных повреждений. Но затем отмечен подъем в 2004 году. Отсутствие, хотя и небольшого, опыта плановой хирургии желчнокаменной

болезни у хирургов небольших районных больниц в последние годы явилось прямым следствием увеличения количества травм протоков. Эти ошибки допущены при экстренных холецистэктомиях, выполненных районными хирургами. Напротив, при ЛХЭ в последние годы отмечено только одно повреждение протока. Это обусловлено наработанным опытом, а хирурги, осваивающие эту методику, проходят длительный тренинг под наблюдением опытного оператора. Повышает ответственность хирургов, выполняющих ЛХЭ, запись хода операции на электронные носители. При этом при технических трудностях проводится коллегиальное обсуждение операционной находки, особенно «непонятных» трубчатых структур в проекции шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки, при необходимости выполняется холангиография и (или) переход на ОХ.

Особо следует отметить, что при анализе ошибок, тем более в беседах с пациентом и родственниками, следует остерегаться прокурорской роли лечебно-профилактического учреждения, где выполнялись повторные операции. Необходим тщательный анализ ятрогенных повреждений ВЖП и принятие превентивных мер для их предупреждения.

Выводы:

1. Наиболее частая причина ятрогенных повреждений ВЖП это недостаточная квалификация оперирующего хирурга, для которого технические трудности при нормальной анатомии желчных путей могут явиться фактором, ведущим к ятрогении.

2. Для снижения количества ятрогений необходимо определить крупные межрайонные стационары с учетом возможности быстрой транспортировки, в которых будут концентрироваться больные для оперативного лечения желчнокаменной болезни.

3. Необходим длительный тренинг молодых хирургов под наблюдением опытного оператора.

4. В трудных ситуациях при всех вариантах холецистэктомий до принятия окончательного решения необходимо коллегиальное обсуждение операционной находки, выполнение операционной холангиографии для уточнения анатомии желчных путей, а при ЛХЭ – своевременный переход на ОХ.

5. Ход операции необходимо записывать на электронные носители для последующего объективного анализа причин возникших осложнений. Также это способствует повышению ответственности хирурга.