

Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Добровольский А.И.,
Стефановский В.Г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ВНЕПЕЧЕЧНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

*Омская государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница, г. Омск.*

Цель исследования: 1. Выделить наиболее тяжелые группы пациентов с ятрогенными повреждениями внепечёчных желчных протоков (ВЖП) после холецистэктомии и резекции желудка. 2. Выделить методы хирургического вмешательства с наиболее удовлетворительными результатами.

Материалы и методы: Проведён анализ результатов лечения 71 оперированного пациента с ятрогенным повреждением ВЖП. У 60 пациентов повреждения имели место при выполнении холецистэктомии, у 11 - при резекции желудка. Среди 60 пациентов с повреждениями ВЖП при холецистэктомии оказалось 9 мужчин и 51 женщины, при резекции желудка - 9 мужчин и 2 женщины. В возрасте до 50 лет было 46 пациентов из 71. Первично оперированы в плановом порядке 25 из 71 пациента (35%). В 7 случаях имела место изначально механическая желтуха. Показаниями к резекции желудка у 11 пациентов были: в 7 случаях - стеноз выхода из желудка, в 4 -

язвенное кровотечение. При лапароскопической холецистэктомии ятрогенная ВЖП имела место у 29 пациентов. В 3-х случаях имело место ятрогенное повреждение ВЖП при выполнении оперирующим хирургом своей первой холецистэктомии. В 36 случаях (50,1%) травма была замечена сразу, в остальных - в позднем послеоперационном периоде (в 3 случаях после резекции желудка и в 32 после холецистэктомии). Клиника повреждения ВЖП в позднем послеоперационном периоде была различной, в частности, после холецистэктомии механическая желтуха развилась у 11 пациентов, наружное желчеистечение - у 14, внутреннее желчеистечение (перитонит) - у 7; после резекции желудка перитонит имел место в 3 случаях (в 1 - вместе с желтухой).

Учитывая характер травмы, мы выявили следующие виды ятрогенных повреждений ВЖП после холецистэктомии: пристеночное ранение гепатикохоледоха - 11, полное его пересечение - 13 и высечение - 36 пациентов. Из 36 пациентов с высечением гепатикохоледоха 13 по уровню поражения соответствовали стриктуре 0 типа по Э.И. Гальперину (пересечение выше развилки на левый и правый печеночные протоки). Изолированная травма ВЖП без (вирсунгова протока) после резекции желудка имела место в 3 случаях. Варианты оперативных вмешательств у пациентов с ятрогенными повреждениями ВЖП представлены в таблице № 1.

В группе пациентов с ятрогенной травмой ВЖП после холецистэктомии лапароскопическое устранение осложнений всегда дополнялось папиллосфинктеротомией и контрольной фистулохолангиографией (4). Первичный шов гепатикохоледоха (18) выполнен при краевом дефекте или полном пересечении его с дополнительным дренированием по показаниям при условии достаточной его ширины. Различные варианты (би)гепатикоэнтероанастомозов с транспечёчным дренированием выполнены у 26 пациентов с наиболее «тяжелыми» повреждениями. Оперировано 3 раза и более - 20 человек. При отсутствии условий выполнения реконструктивной операции (желтуха, перитонит, тяжелая сопутствующая патология и т.д.) выполнялся минимальный объём вмешательства в виде наложения наружного желчного свища. Через 1-2 месяца предпринималась реконструктивная операция. В последние годы мы чаще стали выполнять (би)гепатикоэнтероанастомозы без транспечёчного дренирования (9).

В группе пациентов с ятрогенной травмой ВЖП после резекции желудка изолированное повреждение холедоха (без вирсунгова протока) имело место в 3 случаях, которые завершились выполнением билиодигестивного анастомоза. В 8 случаях уровень повреждения ВЖП находился в области большого дуоденального сосочка (БДС) с одновременным повреждением вирсунгова протока. При сразу замеченном повреждении БДС выполнено 3 транспозиции его на новый участок 12-перстной кишки, при чём вирсунго- и холедоходуоденоанастомозы выполнены на нижнегоризонтальную петлю 12-перстной кишки в 6-7 см от первоначального нахождения БДС и при отсутствии таких возможностей технически 1 транспозиция БДС выполнена на отключенную по Ру петлю тонкой кишки. Позднее распознавание осложнения или неадекватная хирургическая помощь чаще

Таблица № 1

Варианты оперативных вмешательств при ятрогенных повреждениях ВЖП

После холецистэктомии	Количество
(Ре)лапароскопическое дренирование холедоха по Пиковскому	4
Первичный шов холедоха без дренирования холедоха	5
Первичный шов холедоха с дренированием холедоха по Пиковскому или Вишневному	13
Гепатикоэнтероанастомоз с транспечёчным дренированием правой доли печени	17
Бигепатикоэнтероанастомоз с транспечёчным дренированием правой доли и «слепым» дренирование левой доли печени	3
Бигепатикоэнтероанастомоз с транспечёчным дренированием обеих долей печени	6
Гепатикоэнтероанастомоз без транспечёчного дренирования	7
Бигепатикоэнтероанастомоз без транспечёчного дренирования	2
Санационная лапаротомия	3
После резекции желудка	
Билиодигестивный анастомоз	6
Гепатикоэнтероанастомоз с транспечёчным дренированием правой доли печени	1
Транспозиция БДС на новый участок 12-перстной или тонкую кишку	4
Всего	71

заканчивались повторными вмешательствами. Оперировано 3 раза и более, включая панкреатодуоденальную резекцию, 4 человек.

Полученные результаты: В группе пациентов с ятрогенной травмой ВЖП после холецистэктомии послеоперационная летальность составила 8,3 % (5 случаев). В течение первого года умерло ещё 6 человек от холангиогенных абсцессов печени. Результаты операций со сменными транспечёчными дренажами не всегда удовлетворяли хирурга, приводя пациентов к инвалидизации. Качество жизни пациентов после выполненных (би)гепатикоэнтероанастомозов без транспечёчного дренирования оказалось выше, % инвалидизации ниже. В группе пациентов с ятрогенной травмой ВЖП после резекции желудка послеоперационная летальность составила 45 % (5 случаев). Относительно удовлетворительные результаты имели место в 3 случаях изолированного повреждения холедоха, когда был выполнен билиодигестивный анастомоз и в 3 случаях транспозиции БДС на новый участок 12-перстной кишки.

Выводы: 1. Наиболее тяжелыми группами пациентов с ятрогенными повреждениями ВЖП являются поздно диагностированные случаи пересечения таковых на уровне БДС при резекции желудка и «высокого» высечения гепатикохоледоха при холецистэктомии. Своевременность распознавания осложнения, правильно выбранная тактика и метод хирургического вмешательства позволяют улучшить результаты лечения и снизить послеоперационную летальность. 2. При сразу обнаруженном повреждении ВЖП во время холецистэктомии при условии отсутствия тяжелых осложнений основного заболевания необходимо адекватно восстановить проходимость желчных протоков, при чём при высечении гепатикохоледоха и невозможности выполнить его первичный шов приоритет необходимо отдать (би)гепатикоэнтероанастомозу на отключенной по Ру тонкой кишке без транспечёчного дренирования. При позднем обра-

щении пациента оптимальный вариант должен заключаться в минимальном оперативном вмешательстве - формировании наружного желчного свища с решением вопроса о восстановительной операции через 1-2 месяца после стихания «острых» явлений. При сразу диагностированном повреждении ВЖП и вирусного протока при резекции желудка удовлетворительные результаты получены от транспозиции БДС в нижнегоризонтальную часть 12-перстной кишки.