

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ: ПРИЧИНЫ, ТАКТИКА И ПРОФИЛАКТИКА

Кирковский Л.В., Чернышов Т.М., Федорук Д.А., Макович В.Н., Коротков С.В., Федорук А.М., Щерба А.Е., Руммо О.О.

МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии, Минск, Беларусь

Введение. Травматические стриктуры жёлчных протоков, как правило, развиваются в результате интраоперационных повреждений желчных путей при холецистэктомии, эндоскопических манипуляциях, резекции желудка, трансплантации и резекции печени. К этой же группе относят рубцовые сужения билиодигестивных анастомозов, наложенных по поводу непроходимости желчных протоков, абдоминальных травм. Частота повреждения желчных протоков, следствием которых в 83-97% случаев являются рубцовые стриктуры, остается величиной стабильной, летальность составляет 7,5-15%, число рецидивов превышает 20%. Самым частым фактором, способствующим повышенному риску повреждения желчных протоков, является неправильная идентификация билиарной анатомии, так как на нее приходится от 70 до 80% всех повреждений.

Цель. Показать подход к диагностике и выбору тактики ведения пациента при повреждении желчных протоков, принятый в ГУ МНПЦ ХТиГ.

Материалы и методы. С 2019г. по сентябрь 2023 г. на базе ГУ МНПЦ хирургии, трансплантологии и гематологии выполнено 73 реконструктивные операции на желчевыводящих протоках. Показания к билиарным реконструкциям следующие: холангиты после ХДА – 9 пациентов (12,3%); стриктуры гепатикоеноанастомозов – 12 пациентов (16,4%); обходные анастомозы (при хроническом панкреатите, неоперабельных опухолях) – 17 пациентов (23,3%); ятрогенные повреждения – 17 пациентов (23,3%); кисты, опухоли холедоха – 10 пациентов (13,7%); холедохолитиаз – 8 пациентов (11%).

16 пациентов с ятрогенными повреждениями были переведены из других стационаров в различные сроки после повреждения. Мужчин было 7 (41%), женщин – 10 (59%). Средний возраст 59,6 лет (26-74). Первичная операция у всех пациентов выполнялась по поводу ЖКБ. У всех пациентов первичная операция была лапароскопической холецистэктомией, у 9 – во время первичной операции была выполнена конверсия.

Результаты и обсуждение. В диагностике ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков, помимо лабораторных методов исследования, большое значение имеют методы прямого контрастирования желчного дерева: чрезкожно-чрезпеченочная холангиография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, фистулохолангиография. Выявление рубцовой стриктуры на КТ основана на характерных признаках билиарной гипертензии. Всем пациентам в нашем Центре выполнялась КТ ангиография для исключения васкуло-билиарного повреждения и магнитно-резонансная

холангиопанкреатография для построения виртуального изображения внутри- и внепеченочных желчных протоков, уточнения уровня стриктуры и ее протяженности, определения протоков выше и ниже стриктуры, выявления признаков холангита. Ключевыми моментами лечебно-диагностических мероприятий перед реконструкцией было: купирования холангита, оптимизация нутритивного статуса пациента и развитие гипертрофии хиларного шунта при васкуло-билиарных повреждениях.

У 15 из 17 пациентов с ятрогенными повреждениями была выполнена реконструкция на Ру петле с или без постановки транспечёночных дренажей. 1 пациенту – ортотопическая трансплантация печени, 1 – правосторонняя гемигепатэктомия с билиарной реконструкцией. В послеоперационном периоде желчные свищи наблюдались в 4 случаях (23,5%), умер 1 пациент (летальность – 5,8%).

Выводы.

1. При выполнении лапароскопической холецистэктомии необходимо придерживаться принципов «критического взгляда на безопасность».

2. Комплексное лечение пациентов с ятрогенными повреждениями желчевыводящих протоков должно проводиться на базе центров, имеющих достаточный опыт хирургических вмешательств на гепатобилиарной зоне, а также необходимую материально-техническую базу.