

ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНАЯ ХИРУРГИЯ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Адамович Д.М., Дундаров З.А., Майоров В.М., Лин В.В.

*У «Гомельская областная специализированная клиническая больница»,
УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель*

Введение. Ятрогенное повреждение ВЖП – наиболее тяжелое осложнение ХЭ, которое становится началом длительной трагедии, что обусловлено значительной частотой периоперационных осложнений и смертности, снижением долгосрочной выживаемости и качества жизни. Частота повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП) при холецистэктомии остается стабильной и составляет 0,08-2,7%. Вместе с тем, отмечается рост числа больных со стриктурами желчных протоков, подавляющее большинство которых связано с ятрогенными повреждениями, что указывает на актуальность проблемы лечения «свежих» повреждений ВЖП. Оперативные вмешательства при повреждениях ВПЖ сопровождается высоким уровнем осложнений (10-47%), летальности (5-28%), зачастую неудовлетворительными отдаленными результатами (Santibone S. Et al., 2011). Многочисленными авторами отмечено, что при продолжении операции хирургом, который пересек проток, вмешательство было успешным лишь у 15-20% больных (Nuzzo G. et al., 2009).

Цель. Изучить результаты лечения ятрогенных «больших» повреждений ВЖП.

Материалы и методы. За период 2010-2021 гг были проанализированы результаты лечения 39 пациентов с ятрогенными «большими» повреждениями ВЖП. Женщин было 27 (69,23%), мужчин 12(30,76 %). Средний возраст составил 55,2±3,7 лет.

По классификации Н. Bismuth больные распределились следующим образом: тип I – 7 (17,94%), тип II – 12 (30,76%), тип III – 10 (25,64%), тип IV – 5 (12,82%), тип V – 5 (12,82%). Интраоперационно повреждения диагностированы в 9 (23,07%) случаях, в раннем послеоперационном периоде – в 30 (76,92%). Среди трех групп факторов риска: «опасная анатомия», «опасная патология», «опасная хирургия» – последняя была признана основной причиной большинства повреждений ВЖП.

Для оценки послеоперационного желчеистечения нами была использована классификацией L. Morgenstern (2006):

– желчеистечение I ст. – до 100 мл/сут. по дренажу из брюшной полости или отграниченное скопление жидкости в ложе желчного пузыря до 5 см при УЗИ; рекомендовано динамическое наблюдение с УЗ контролем;

– желчеистечение II ст. – 100-500 мл/сут. по дренажу или свободная жидкость над и под печенью при УЗИ; рекомендована диагностическая релапароскопия для выявления источника желчеистечения, его ликвидации и санации брюшной полости. При неустановленном источнике желчеистечения или выявлении повреждений магистральных ВЖП – лапаротомия.

– желчеистечение III ст. – более 500 мл/сут. по дренажу или свободная жидкость в трех и более областях брюшной полости при УЗИ, рекомендована срочная лапаротомия.

Результаты и обсуждения. Все пациенты были оперированы. Было выполнено: гепатикоэюностомия – 6 (19,3%); гепатикоэюностомия с продольным рассечением левого долевого протока – 13 (42%); бигепатикоэюностомия – 7(22,6%); тригепатикоэюностомия – 2(6,5%), изолированный анастомоз с правым долевым протоком – 3 (9,6%). Анастомозы формировали на длинном сегменте тонкой кишки «отключенной» по Ру. Билиобилиарные и гепатикодуоденоанастомозы не формировали. У всех пациентов было выполнено дополнительное чрезанастомозное дренирование желчных протоков по Фелькеру. Сменные транспеченочные дренажи не применяли. У 7 (22,6%) больных после реконструктивных операций отмечалось желчеистечение по дренажам из брюшной полости в количестве 100-200 мл/сут - от 5 до 14 дней. Релапаротомия выполнена у 2(6,5%) пациентов, дренирование жидкостных образований под УЗ контролем у 3(9,6%). Летальных исходов не было.

Выводы. Тактика лечения и отдаленные исходы зависят от характера повреждения, локализации повреждения, состояния пересеченного протока (диаметр и толщина его стенок), кроме того, большое значение имеет квалификация и опыта хирурга в билиарной реконструкции. Результаты лечения «свежих» повреждений ВЖП во многом определяются ранней диагностикой и правильным выбором хирургической тактики.

Оптимальным видом оперативного пособия при «больших» ятрогенных повреждениях ВЖП следует считать гепатикоэюностомию по Ру с созданием широкого анастомоза без натяжения, с техникой прецизионной адаптации слизистых оболочек ВЖП и кишки.

При реконструктивной операции на узком тонкостенном ЖП трудно достичь полного герметизма анастомоза, в связи с чем считаем обязательным формирование анастомоз на каркасном дренаже Фелькера с адекватным дренированием подпеченочного пространства.