

*Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Национальная академия наук Беларуси
Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ
Белорусская ассоциация хирургов
Белорусский Государственный медицинский университет
Белорусская Медицинская академия последипломного образования
РНПЦ трансплантации органов и тканей
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

**XXIII Международный Конгресс Ассоциации
гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»
14 – 16 сентября 2016 года**

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

г. Минск

неспецифических осложнений следует отметить: нагноение лапаротомной раны (n=2), послеоперационная пневмония (n=3).

Заключение. При выборе методов лечения РСЖП необходимо учитывать тип рубцовой стриктуры желчных протоков, характер осложнений и функциональное состояние печени.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И СТРИКТУРАХ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

Лупальцов В.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Основной причиной нарушения проходимости гепатикохоледоха ранее считали холедохолитиаз (Тальман И.М., 1963; Шалимов А.А., 1975 и др.). Интраоперационные повреждения желчных протоков случались во все времена после внедрения хирургического метода лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) традиционными методами, оставаясь стабильными на протяжении десятилетий, и составляя в среднем 0,05-0,2% (Sawyers I.L., 1996; Ничитайло М.Е., 2008). Хотя, как отмечает Ищенко И.М. (1966), они встречаются чаще, чем о них пишут.

Внедрение лапароскопических методов холецистэктомии в первые годы значительно увеличило частоту ятрогенных повреждений, что связано, как с освоением методик, так и с составом хирургов, их выполняющих, которые, придя в хирургию, не прошли школы выполнения традиционной холецистэктомии.

Безусловно, внедрение лапароскопических методов холецистэктомии является прогрессом билиарной хирургии. Хотя и повлекло за собой увеличение повреждений желчевыводящих протоков, число которых по данным Гальперина Э.И. и Ветшева П.С. (2006) увеличилось в 2-5 раз, составляя от 0,5 до 2% от общего количества выполняемых холецистэктомий. И хотя отдельные хирурги эти увеличения не связывают с техникой выполнения холецистэктомий, однако, эти факторы являются основными в увеличении ятрогенных осложнений.

Вопросы, касающиеся, как способов коррекции ятрогенных повреждений, так и стриктур, возникших от них как следствие, до настоящего являются предметом дискуссии, а в связи с увеличением количества больных с этой патологией приобретают особую актуальность.

Цель исследования: оптимизация методов хирургической коррекции желчеоттока у больных с посттравматическими ятрогенными повреждениями желчных протоков и стриктур.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 39 больных с ятрогенными повреждениями и рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков, которым выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) и резекцию

желудка. По поводу острого холецистита оперировано 13 больных, хронического – 23 пациента, после резекции желудка было 3 пациента.

Интраоперационные повреждения желчных протоков во время операции ЛХЭ отмечены у 6 больных, у 4 из них травму обнаружили во время операции, им произведено реконструктивное вмешательство с наложением первичного шва протока и последующим наружным дренированием общего желчного протока через культю пузырного протока.

7 больных, у которых желчеистечение выявлено через сутки по обильному желчеистечению по дренажу (из клиники – 2, доставленных из других лечебных учреждений – 5), были оперированы лапаротомным доступом. Гепатикоюноанастомоз с заглушкой приводящей петли по А.А. Шалимову наложен у 2 из них, у остальных соустье было сформировано с использованием однорядного узлового шва узелками наружу, используя атравматические иглы. Осложнений в раннем послеоперационном периоде не отмечено.

У 3 пациентов, поступивших с разлитым ферментативным перитонитом через 3-4 суток от момента заболевания, оперативное вмешательство выполняли в два этапа: 1-й этап – традиционная лапаротомия с формированием наружного желчного свища. Умер 1 больной, у 2-х сформировался наружный свищ, им через два месяца был наложен гепатикоюноанастомоз.

У 25 больных, поступивших в клинику из других лечебных учреждений в сроки от 1 месяца и позже, повреждение протоков не было диагностировано в ранние сроки. Их диагностика установлена по длительному истечению желчи по подпеченочному дренажу и появившейся желтухе.

Сроки и характер оперативных вмешательств определяли в зависимости от тяжести состояния больных. Все больные оперированы. Во время выполнения повторного оперативного вмешательства обнаружены следующие повреждения: полное пересечение общего желчного протока (ОЖП) с образованием свища у 6 больных, иссечение сегмента стенки ОЖП – у 5, у 1 из них вследствие нераспознанного синдрома Мирицци.

У 9 пациентов с желтухой выявлена высокая стриктура гепатикохоледоха, причиной которой явилось краевое ранение общего печеночного протока (ОПП) - у 4, клиппирование пузырного протока со стенкой ОЖП – у 3, стриктуры связаны с коагуляционным некрозом стенки ОПП – у 2.

Резекция желудка явилась причиной повреждений ОЖП у 3 больных; следствие низкого расположения язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрирующей гепатодуоденальную связку с выраженной инфильтрацией окружающих тканей - у 2; пенетрация язвы в головку поджелудочной железы – у 1.

Всем больным выполняли общие клинические исследования, которые дополняли специальными: УЗИ желчного пузыря и протоков, компьютерная томография, печеночные пробы. Оперативные пособия выполняли под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами.

Результаты. Наличие повреждения желчного протока в ходе лапароскопической или традиционной холецистэктомии является показанием к устранению дефекта протока. Вопрос выбора оптимального способа первичного восстановления является уделом хирурга и прежде всего зависит от его владения методиками восстановительной хирургии.

У больных при интраоперационном обнаружении частичного повреждения внепеченочных желчных путей, размером, не превышающим 1/3 окружности протока, мы переходили на холецистэктомию открытым способом с ушиванием дефекта желчного протока в поперечном направлении узловыми швами на атравматической игле узелками наружу, хорошо сопоставляя края раны, заканчивая оперативное пособие дренированием ОЖП.

При восстановительных оперативных пособиях, когда из-за выраженного диастаза между концами ОЖП или гепатикохоледоха основным видом оперативного вмешательства является наложение гепатикоюноанастомоза по А.А. Шалимову или по Ру. Наиболее сложными являются оперативные вмешательства при гиллюсной стриктуре. У 3-х больных оперативное пособие проводилось с выделением правого внутрипеченочного протока с наложением гепатикоюноанастомоза на длинной петле по методике А.А. Шалимова с последующим его транспеченочным дренированием, с проведением дренажа за анастомоз по Voelcker.

Аастомоз был наложен с двумя протоками у 2 больных, с правым желчным протоком с дренированием по Smith – у 1.

Из 3 случаев пристеночного клиппирования стенки ОЖП на уровне впадения пузырного протока, явившегося причиной окклюзии проявившегося желтухой, после снятия клипсы в 2 образовался пристеночный дефект ОЖП. Пассаж желчи восстановлен у них с помощью пластики лоскутом, сформированным из серозной оболочки, за счет петли тощей кишки, мобилизованной по Ру.

При стриктурах на уровне большого дуоденального сосочка отдаем предпочтение операции трансдуоденальной папиллосфинктеротомии с последующим дренированием по Долиотти. Ретроспективный анализ больных с ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков с их осложнениями требует от хирурга высокой специализации, в случае ее отсутствия необходимо направлять пострадавших в специализированный стационар.

Выводы. 1. При распознавании повреждений ОЖП с диастазом между сегментами до 20 мм в ранние сроки предпочтение следует отдавать реконструктивным операциям – наложению билиодиггестивных анастомозов.

2. Показаниями для восстановительных операций при ятрогенных повреждениях ОЖП являются их неполные повреждения.

ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Милица Н.Н., Постоленко Н.Д., Милица К.Н., Маслов А.И.

**ДЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»
Запорожье, Украина**

В экономически развитых странах удельный вес лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в общей структуре холецистэктомий составляет 85-95%, став «золотым стандартом» в лечении больных желчнокаменной болезнью. Однако, широкое внедрение ЛХЭ в повседневный арсенал операций, способствовало существенному (в 3 раза) увеличению частоты повреждений магистральных желчных путей по сравнению с открытой техникой операции - до 0,3-2%.

Цель исследования: анализ результатов лечения повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии и разработка подходов к их коррекции.

За период с 2000 по январь 2015 гг. в клинике хирургии и проктологии ДЗ «ЗМАПО МОЗ Украины» находились на лечении 27 больных с повреждениями желчных протоков после ЛХЭ. Данную группу составили 21 женщина и 6 мужчин в возрасте от 37 до 75 лет.

Интраоперационно повреждения желчных протоков было диагностировано у 8 (23,4%) больных, а у 19 (76,6%) - в раннем послеоперационном периоде в срок от 3 дней до 2 недель.

В работе использовали классификацию повреждений желчных протоков, предложенной Н. Bismuth. По степени нарушения целостности стенки протока – выделяли «большие» и «малые» повреждения. Кроме того, различали травмы желчных путей с дополнительным повреждением магистральных сосудов и без них.

Результаты. Чаще других 18 случаев (72,5%), наблюдали "классический" вариант (По А. М. Davidoff) повреждения желчного протока, который возникает вследствие ошибочной идентификации трубчатых структур печечно-двенадцатиперстной связки. "Малые" повреждения наблюдали у 7 больных. «Большие» - отмеченные у 20 пациентов: частные – у 14, полные – у 6.

Комбинированных повреждение желчных протоков и сосудов печечно-двенадцатиперстной связки, к счастью не наблюдали. Анализ полных повреждений продемонстрировал преобладание высоких типов III, IV и V по Н. Bismuth – у 55,8% больных.

В случаях своевременной диагностики «малых» повреждений, предпочтение отдавалось использованию миниинвазивных методик с использованием релапароскопии.