

Курбаниязов З.Б.,
Нишанов М.Ш. (1),
Рахманов К.Э.,
Аскаров П.А.,
Давлатов С.С.,
Рахматова Л. Т.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ ПРИ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Республиканский специализированный Центр хирургии им. акад. В.Вахидова (1), Самаркандский медицинский институт

Повреждение магистральных желчных протоков является одним из наиболее грозных осложнений билиарной хирургии и не имеет тенденции к уменьшению несмотря на постоянно совершенствующуюся технику холецистэктомии [3,5,6,7,9, 11,12,14,15,16, 17,18,20].

Авторы, занимающиеся данной проблемой отмечают, что внедрение лапароскопической холецистэктомии повлекло за собой заметное увеличение частоты и тяжести повреждений желчных протоков. Принимая среднюю частоту травм магистральных желчных протоков (МЖП) за 0,5 - 1% в Узбекистане от подобного осложнения страдают от 50 до 100 человек в год [2,3,4,5,6,8,9,11,17, 18, 19].

Лечение травмы желчных протоков исключительно сложно, требует дорогостоящих лечебно-диагностических манипуляций, приводит к серьезной инвалидизации больных. Летальность составляет 8- 17%, осложнения при операциях возникают до 47% случаев, развитие посттравматических стриктур желчных протоков - до 35-55% [1,6,10,12,13,15].

Какие факторы влияют на результаты операций при повреждениях желчных протоков? От чего зависит тактика хирурга при ранении МЖП? До сих пор нет точного ответа на эти вопросы, которые дискутируются в течение нескольких десятилетий.

Характер повреждения имеет большое значение в определении показаний к различным операциям. М.Е. Нечитайло и соавт. (2008) представили анализ результатов хирургического лечения полного пересечения протока путем восстановления протока анастомозом по типу "конец-в-конец". Авторы наблюдали высокую частоту рубцевания соустья и необходимость повторной операции в сроки от 6 месяцев до четырех лет у 91% больных [12].

Несомненно, локализация полного пересечения играет большую роль в определении методики реконструктивной операции. Н.Н. Артемьева и соавт. (2006) приводят результаты лечения 54 больных, с повреждениями ВЖП после ЛХЭ. Для определения уровня повреждения авторы используют классификацию S.M. Strasberg - Н. Bismuth. По их данным, чем выше уровень повреждения, тем более целесообразно использование каркасных дренажей в различных модификациях [2].

На выбор оперативного вмешательства в зависимости от распознавания времени повреждения МЖП обращают внимание В.Н. Чернышев и соавт. Авторы наблюдали наилучшие отдаленные результаты лечения у больных с полным пересечением, у которых реконструкция желчных путей выполнялась сразу после обнаружения ятрогенного повреждения желчных протоков на операционном столе. Реконструктивные операции на желчных протоках при пересечении выявленных в послеоперационном периоде, необходимо производить в максимально ранние сроки после травмы, после ликвидации явлений желчного перитонита и других гнойных осложнений, т.е. применять двухэтапное лечение [14]. Н.Н.Артемьева и соавт. (2006г.) так же придерживаются подобного принципа лечения. Любые

восстановительные и реконструктивные операции в условиях перитонита завершаются рубцеванием анастомозов [2].

Э.И. Гальперин и А.Ю. Чевокин (2009) считают, что основным положительным фактором в лечении ранений протоков является присутствие хирурга, который имеет опыт в реконструктивной хирургии желчных путей. Он может успешно провести операцию при узком протоке и тонкой стенке, при бифуркационном и долевым повреждении печеночных протоков в условиях перитонита и при наличии желчных затеков [8].

L. Stewart и L.W. Way сообщают об успехе вмешательства лишь у 17% больных при продолжении операции хирургом, который пересек проток. G. Nuzzo et al. приводят данные о 27 больных с пересечением печеночного протока, которым операцию продолжал хирург, выполняющий холецистэктомию, у 26 из них результат был плохой и потребовалась повторная операция [8,22].

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения 103 больных со «свежими» повреждениями МЖП в период 2000 - 2010 гг. В наших собственных наблюдениях повреждения МЖП отмечены у 38 (0,58%) больных на 6521 холецистэктомий. 65 пациентов поступили из других стационаров повреждениями МЖП.

У 78 больных было пересечение (9), иссечение (38) и иссечение с лигированием проксимальной культы гепатикохоледоха (31), у 11 - пристеночное краевое ранение, у 14 - клипирование или лигирование без пересечения протока. Локализация повреждения: общий желчный проток (ОЖП) - у 14 больных, общий печеночный проток (ОП111) - у 48, ОПП и область бифуркации - у 31, ОПП с разрушением конfluence - у 10.

У 28 (27,2%) больных повреждения МЖП выявлены интраоперационно. У подавляющего большинства - 75 (72,8%) больных повреждения выявлены в раннем послеоперационном периоде: нарастающую механическую желтуху наблюдали у 34 больных, желчный перитонит - у 20, желчеистечение - у 10 и сочетание двух и более осложнений у 11 больных.

При **интраоперационном обнаружении повреждений МЖП** из 28 больных 17 выполнены восстановительные и 11 больным реконструктивные операции.

Пересечение и иссечение желчных протоков. 11 больным из этой группы выполнены реконструктивные операции: из них 9 - гепатикоюноанастомоз (Ге- пЕА) с выключенной по Ру петель тонкой кишки и 2 больным наложен ГепДА. Восстановительная операция (ББА) с пересечением (4) и иссечением (3) ОЖП и ОПП была произведена 7 больным.

Краевое ранение гепатикохоледох. Краевое ранение наблюдали у 10 (35,7%) больных. У 2 был поврежден ОПП и у 8 - ОЖП. Всем больным произведены восстановительные операции: на стенку протока наложены 2-3 шва (пролен 5/0) на дренаже Кера.

Виды операций при повреждениях МЖП выявленных интраоперационно (ИО) и в раннем послеоперационном периоде (РПОП)

Вид операции	ИО		РПОП	
	ит	%	п	%
Гепатикоюноанастомоз по Ру	9	32,1	38	50,7
Гепатикодуоденоанастомоз	2	7,1	8	10,7
Билиобилиарный анастомоз	7	25,0	12	16,0
Снятие лигатуры или клипс	-	-	12	16,0
Ушивание дефекта протока на дренаже Кера	10	35,7	1	1,3
Наружное дренирование желчного протока	-	-	4	5,3
Всего	28	100	75	100

В раннем послеоперационном периоде повреждения МЖП выявлены у 75 (72,8%) больных, причем пересечение и иссечение у 60 (80%) больных, клипирование или лигирование без пересечения у 14 (18,7%) и краевое повреждение у 1 (1,3%) пациента. Повреждение «+2» было у 13 больных, «т-1» - 31. «0» - у 15, «-1» - у 9 и «-2» - у 7 больных.

35 больным восстановительно - реконструктивные операции выполнены одноэтапно. при отсутствии воспалительно-инфильтративных изменений в подпеченочном пространстве и печеночно-почечной недостаточности (ППН).

Из 14 больных с клипированием или лигированием протока 12 выполнено снятие клипс или лигатуры и 2 больным наложен ББА. При иссечении с лигированием проксимальной культи ГХ (20 больных) 8 наложен ГепЕА, 2 - ГепДА. 10 наложен ББА. При краевом ранении 1 пациентке произведено ушивание дефекта протока на дренаже Кера.

Виды операций больным со «свежими» повреждениями МЖП которые выявлены интраоперационно представлен в таблице 1.

Таблица 1

При наличии перитонита, воспалительно-инфильтративного процесса и ППН вследствие механической желтухи и холангита 40 пациентам первым этапом дренированы желчные протоки (реконструкция выполнена вторым этапом).

В этой группе 3 больных умерли после первой операции из-за запущенного перитонита и полиорганной недостаточности. 1 пациент отказался от второго этапа операции.

После коррекции воспалительно-инфильтративного процесса в брюшной полости и клиники ППН 6 больным был наложен ГепДА и 30 больным наложен ГепЕА, из них 27 анастомоз был наложен на ТПКД: по Прадери-Смиту (2), Сейпол-Куриану (21) и Гальперину (4). Показанием ТПКД было высокое поражение желчных протоков, узкий диаметр протока.

Виды операций больным со «свежими» повреждениями МЖП выявленных в раннем послеоперационном периоде представлен в таблице 1.

Таблица 2

Виды осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и методы их лечения в первой группе больных

Тип операции	Кол- во	Осложнения	Число б-ных	о/о	Методы лечения
Ушивание дефекта на дренаже Кера	10	-	-	0	-
ББА	7	-	-	0	-
ГепДА	2	Частичная несостоятельность БДА желчеистечение	1	50	Консервативно
ГепЕА ТПКД	7	Частичная несостоятельность БДА желчеистечение	1	14,3	Консервативно
с ТПКД	2	Гемобилия	1	50	Консервативно
Всего		28	3	10,8	3-консервативно

Результаты исследования. После коррекции интраоперационно обнаруженных повреждений МЖП в ближайшем послеоперационном периоде специфические осложнения выявлено у 3 больных. У 2 больных отмечали частичную несостоятельность анастомоза после наложения ГепЕА и ГепДА (соответс-

венно по 1 больному). Желчеистечение наблюдать по страховочному дренажу, которая самостоятельно прекратилась на 8 и на 10 сутки. У 1 пациентки после наложения ГепЕА на ТПКД в послеоперационном периоде по каркасному дренажу наблюдали желчь с примесью крови, которая не причинила катастрофи-

ческих угроз жизни больной. Гемобилия купировалась после консервативного лечения (табл. 2).

В отдаленном послеоперационном периоде в 10 случаях (35,7%) выявлено рубцовые стриктуры желчных протоков и БДА (табл. 3).

У 7 больных после наложения ББА было выявлено рубцовая стриктура желчных протоков. Этим больным потребовались повторные вмешательства: 5 больным наложен ГепЕА; 1 - ГепДА (в анамнезе перенесла резекцию желудка по Б-П); 1 - стентирование желчного протока с удовлетворительным результатом лечения.

У больных после наложения ГепДА в отдаленном послеоперационном периоде периодически наблюдали атаки холангита и стриктуру БДА из них 1 больной наложен ГепЕА и 1 пациентка периодически принимает сеансы баллонной дилатации и диатерморасширения области анастомоза.

После наложения ГепЕА из 9 больных у 1-го наблюдали стриктуру анастомоза. Ему выполнено антеградное бужирование с удовлетворительным результатом лечения.

Таблица 3

Отдаленные результаты и виды повторных вмешательств в первой группе больных

Операций	Кол-во	Стриктура ЖП и БДА	%	Повторные вмешательства
Ушивание дефекта на дренаже Кера	10	-		
ББА	7	7	100	5-ГепЕА, 1-ГепДА, 1-стентирование протока
ГепДА	2	2	100	1-ГепЕА, 1-РЭБВ
без ТПКД	7	-	11,1	РЭБВ
ГепЕА с ТПКД	2	1		
Всего	28	10	35,7	6-ГепЕА, 1-ГепДА, 2-РЭБВ, 1 - стентирование протока

Таблица 4

Виды осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и методы их лечения во второй группе больных

Тип операции	Кол- во	Вид осложнения	Число б- ных	%	Методы лечения	Из них умерло	%
Снятие лигатуры или клипс	12	-	4	0			
ББА	12	ОППН	2	16,7	Консервативно	2	100
Ушивание дефекта на дренаже Кера	1	-	-				
ГепДА	8	Частичная несостоятельность БДА желчеистечение	2	25	Консервативно		
		ОССН	1	12,5	-	1	100
без ТПКД	4	Частичная желчно-несостоятельность БДА билеомы	2	75	Консервативно Дренирование под контр. УЗИ		
ГепЕА	34	гемобилия	1	2,9	Релапаратомия		
		ОППН	2	5,9	Консервативно		
		Нагноение раны	3	8,8	Консервативно		
		Нагноение раны с эвентрацией кишок	1	2,9	Релапаратомия		
Наружное дренирование желчного протока	4	Перитонит ПОН	3	75	Консервативно	3	100
Всего		75	18	24		6	33,3

Больным с повреждениями МЖП обнаруженных в раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдали в 24 % случаев в ранние сроки после повторных операций. Летальный исход наблюдали у 6 (8%) больных: у 2 больных вследствие ОППН, 1 - вследствие острой сердечно-сосудистой недостаточности, 3 из-за запущенного перитонита и полиорганной

недостаточности.

В ближайшем послеоперационном периоде у 5 больных после наложения ГепЕА (3 больных) и Геп-ДА (2 больных) наблюдали частичную несостоятельность БДА, которая в 4 случаях проявилось наружным желчеистечением по страховочному дренажу и 1 би-

ломой подпеченочной области. Желчеисечение самостоятельно остановилось на 7-15 сутки после операции, а биллома была дренирована под контролем УЗИ.

У 1 больной после наложения ГепЕА в ближайшем послеоперационном периоде наблюдали гемоби-лиоз, которая не поддавалась консервативной терапии и потребовала релапаротомию (табл. 4).

Во второй группе больных у 43 (63,2%) пациентов отмечен удовлетворительный результат из 68 больных прослеженных в отдаленном периоде. В 25 (36,8%) наблюдениях выявлены рубцовые стриктуры желчных протоков и БДА.

У 15 больных после восстановительных операций развилась рубцовая стриктура желчного протока и им потребовались повторные вмешательства: 12 больным наложен ГепЕА; 1 пациенту ГепДА, 2 - стентирование желчного протока. Из этой группы больной после наложения ГепДА, периодически принимает курсы рентгенэндобилярного вмешательства (РЭБВ) из-за рецидивирующего холангита и стеноза БДА.

Все 7 больных с ГепДА подверглись повторным операциям или эндоскопической коррекции: 2 больным выполнено разобщение БДА и наложен ГепЕА. 5 больных периодически получают сеансы РЭБВ.

У 3 больных после наложения ГепЕА наблюдали стеноз БДА. 1 больному повторно выполнено ГепЕА, а 2 периодически получают консервативную терапию по поводу рецидивирующего холангита (табл. 5). Всего в ближайшем послеоперационном периоде осложнения развились у 24 (20,4%) больных. В отдаленном периоде неудовлетворительный результат (развитие стеноза) наблюдали у 35 (33,9%) больных: у 13 (37,14%) и 22 (62,86%), соответственно после реконструктивных и восстановительных операций. Повторные оперативные вмешательства потребовались 33 (32,03%) больным.

Обсуждения. При обсуждении мы посчитали целесообразно остановиться на нескольких факторах, которые могли повлиять на выбор операции при «свежих» повреждениях МЖП.

Таблица 5

Отдаленные результаты и виды повторных вмешательств во второй группе больных

Операций	Кол-во	Стриктура ЖП и БДА	%	Повторные вмешательства
Снятие лигатуры или клипс	12	5	41,7	5-ГепЕА
ББА	10	10	100	7- ГепЕА, 2 - стент, 1 -ГепДА (РЭБВ)
Ушивание дефекта на дренаже Кера	1		п	
ГепДА без	7	7 Л	100	2 - ГепЕА, 5 - РЭБВ
г.с. ТПКД ГепЕА	4	2	7,9	1 - 1 епЕА, 1 - консервативная терапия
ТПКД	34	1		1 - консервативная терапия
Всего	68	25	36,8	15-ГепЕА, 1-ГепДА, 5-РЭБВ, 2-стент, 2-консервативная терапия

Факторами, влияющими на выбор операции при «свежих» повреждениях МЖП по нашему мнению являются:

1. Характер повреждения;
2. Локализация повреждения;
3. Сроки выявления повреждения (интраоперационно или в раннем послеоперационном периоде);
4. Наличие или отсутствие хирурга владеющий опытом реконструктивной хирургией в билиарном тракте и адекватного технологического обеспечения.

Характер повреждения - это один из важных факторов, влияющих на результаты хирургического лечения больных «свежими» повреждениями МЖП. Анализ результатов хирургического лечения полного пересечения протока путем восстановления протока анастомозом по типу "конец-в-конец" показывают высокую частоту рубцевания соустья, которая требует повторные оперативные вмешательства в сроки от 6 месяцев до четырех лет у 89,5% больных. В то время ушивание протока на дренаже Кера при краевом ранении протока выполненные во время холецистэктомии или в раннем послеоперационном периоде даже у больной с воспалительными изменениями в гепато- дуоденальной

связки, сопровождалась хорошими результатами.

В отличие от краевого ранения при полном пересечении и иссечении ГХ нарушается аксиллярное кровоснабжение желчного протока, что приводит к рубцовой стриктуре, также анастомоз в этих случаях накладывается с натяжением.

Неблагоприятные результаты в основном выявлены у больных с нарушением аксиллярного кровообращения гепатикохоледоха (рис. 1.).

При краевом ранении протока в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде неблагоприятных результатов не наблюдали. При пересечении всего в 3 случаях выполнено ГепЕА по Ру в одном случае выполнено ГепДА и в остальных 5 случаях произведено ББА, чем объясняется высокий процент неудовлетворительных результатов в отдаленном периоде и меньшим количеством осложнений в ближайшем

послеоперационном периоде. При иссечении и лигировании проксимальной культи высокий процент неудовлетворительных результатов 'после восстановительно - реконструктивных операций опять таки связываем с выполнением ББА в 8 и выполнения ГепДА в 2 случаях. При лигировании без пересечения неблагоприятные результаты выявлено в 50% случаев в отдаленном послеоперационном периоде, хотя больные быстро реабилитировались после выполненных восстановительных операций как показывают удовле-

творительные результаты в ближайшем послеоперационном периоде. Эти больные нуждались в повторных вмешательствах, в частности наложения гепатикоеюноанастомоза. Тем больным, которым был наложен гепатикоеюноанастомоз по Ру в ближайшем послеоперационном периоде наблюдали больше специфических осложнений чем у больных после наложения ББА. А в отдаленном послеоперационном периоде особых неблагоприятных результатов не наблюдали, которые потребовали бы повторных вмешательств.

® Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде

Неблагоприятные результаты в отдаленном послеоперационном периоде

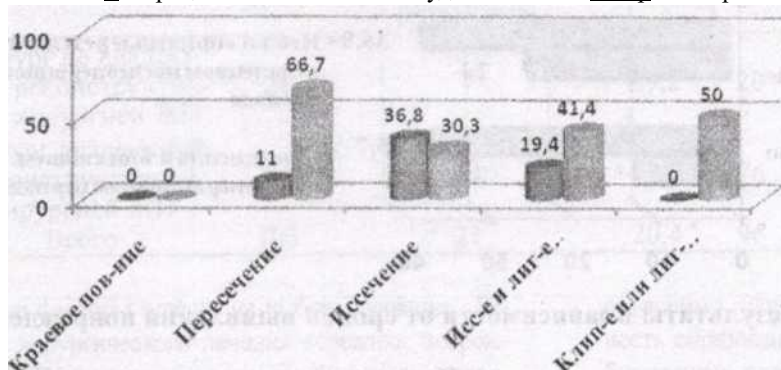


Рис. 1. Неблагоприятные результаты в зависимости от характера повреждения

Несомненно, локализация повреждения играет большую роль в определении методики реконструктивной операции, что тем и является основным фактором, который влияет на результаты хирургического лечения «свежих» повреждений МЖГ1.

Бифуркационные повреждения (типа "0") и повреждения "+1" и "-1" требуют применения специальной техники — рассечения долевых протоков — для увеличения площадки и создания широкого гепатикоеюноанастомоза. Особенно это относится к повреждениям долевых и сегментарных печеночных протоков (повреждения типа "-2" и "-3"), когда для реконструкции площадки должны применяться специальные приемы.

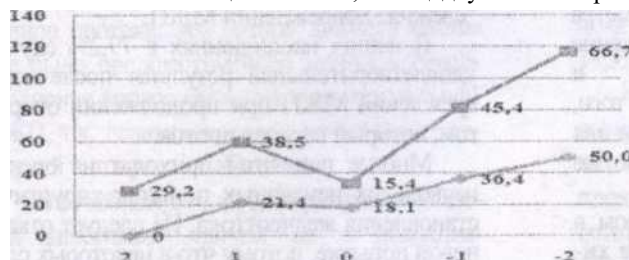
При повреждениях на уровне «+1», «0» площадку для наложения анастомоза создавали за счет рассечения левого печеночного протока обнажая ее подхилиарной пластинкой (метод Нерр-Соиnaud).

В случаях, когда повреждение происходило с разрушением конfluence (уровень «-2»), чтобы сформировать единый анастомоз с тощей кишкой, площадку

создавали за счет параллельного сшивания остатков долевых протоков по их медиальным стенкам, рассекая перегородку между ними (метод Cattell). После того как неоконфлюэнс был сформирован, дополнительно рассекли оба долевых протока, что значительно увеличивало диаметр будущего соустья.

При высоких бифуркационных повреждениях больше требовало применения ТПКД, что и являлось причиной рубцевания БДА после удаления его в отдаленном послеоперационном периоде.

При низком уровне повреждения основному контингенту больных выполняли восстановительные операции, которые поступили рубцовыми стриктурами в отдаленном послеоперационном периоде. Начиная с «0» уровня повреждения всем больным выполняли реконструктивные операции в частности наложение ГепЕА по Ру. Неудовлетворительные результаты в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах наблюдали по мере нарастания кривой уровня повреждения как показана на рисунке 2.



—Ж— IX неблагоприятные результаты к отдаленному послеоперационному периоду
...Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде

Рис. 2. Кривые неблагоприятных результатов в зависимости от локализации повреждения

На результаты хирургического лечения больных «свежими» повреждениями МЖП влияет и сроки

выявления повреждений - при оперативном вмешательстве или в послеоперационном периоде.

Наши наблюдения, как и исследования других авторов, свидетельствуют о том, что наилучшие результаты лечения в ближайшем послеоперационном периоде выявлены у тех больных, у которых операции направленные на восстановление желчеоттока выполнялись сразу после обнаружения ятрогенного повреждения желчных протоков на операционном столе.

Менее удовлетворительные результаты наблюдали у больных, которых повреждения выявлены в раннем

послеоперационном периоде из-за склерозирования тканей и присоединения инфекции.

В отдаленном послеоперационном периоде процент неудовлетворительных результатов лечения повреждений выявленных интраоперационно сравнился с результатами лечения повреждений выявленных в раннем послеоперационном периоде, из-за выполнения в основном восстановительных операций при полных пересечениях (рис. 3).

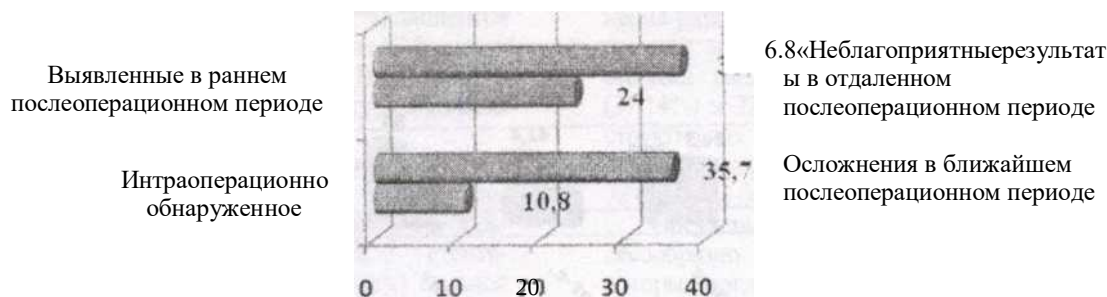


Рис. 3. Неблагоприятные результаты в зависимости от сроков выявления повреждений

Если повреждение МЖП выявлено в послеоперационном периоде, результаты хирургического лечения будут зависеть от нескольких факторов, таких как:

Наличие у пациентов признаков механической желтухи, вызванной перевязкой с пересечением или без пересечения гепатикохоледоха. Чтобы добиться хороших результатов оперативное вмешательство необходимо произвести до развития печеночной недостаточности, которая явилось причиной летального исхода в ближайшем послеоперационном периоде в 2 случаях этой группы.

Перитонит значительно усложнял тактику. В большинстве подобных наблюдений (85%) перитонит был выявлен в течение 1-3 сут. 5 пациента поступили клиникой желчного перитонита после попыток восстановительно-реконструктивных операций. Несмотря на отсутствие рубцовых сращений при перитоните, стенки протока бывают инфильтрированными, рыхлыми. лигатуры легко прорезываются. Поэтому восстановительные и реконструктивные операции оканчиваются неудачей. В наших наблюдениях в 3 (2,9%) случаях был летальный исход из-за запущенного перитонита.

Таблица 6

Неблагоприятные результаты в зависимости от клинических признаков повреждений МЖП выявленных в раннем послеоперационном периоде

Клинические признаки повреждений в раннем послеоперационном периоде	В ближайшем послеоперационном периоде			В отдаленном послеоперационном периоде		
	К-во	Неблагоприятные результаты	%	К-во	Неблагоприятные результаты	%
Механическая желтуха	34	4	11,8	32	18	56,2
Перитонит	20	9	45	16	5	31,2
Желчеистечение - *■ механическая желтуха желчеистечение	И		18,2	11	2	18,2
	10	3	30	9		0
Всего	75	18	24	68	25	36,8

При **желчеистечении** за счет декомпрессии желчного дерева приводят к уменьшению диаметра желчных протоков, что затрудняет наложение широкого билиодигестивного анастомоза и предрасполагает к развитию осложнений. Кроме того, наружное желчеистечение - это «входные ворота» для инфицирования желчного дерева, которое так же способствует развитию осложнений [4].

Наконец, основным положительным фактором в лечении ранений протоков является присутствие хирурга, который имеет опыт в реконструктивной хирургии ЖП и который может успешно провести операцию при узком протоке и тонкой стенке, при бифуркационном и долевым повреждении печеночных протоков в условиях перитонита и при наличии желчных

затек. Об этом свидетельствует наш опыт лечения "свежих" повреждений МЖП.

В наших наблюдениях в 79,2% случаев был неудовлетворительный результат после коррекции повреждений МЖП при продолжении операции хирургом, который пересек проток.

Многие пациенты приходят на операцию после нескольких неудачных попыток хирургического восстановления желчеоттока. Не следует отказывать им в новой попытке, потому что в некоторых случаях успех приходит после нескольких предыдущих неудач. В случае подобного успеха нельзя забывать, что у пациента, повторно оперированного для восстановления желчеоттока, желчеотводящие протоки становятся короткими, склерозированными и окруженными

спайками. Это затрудняет выполнение хирургической операции и является причиной неблагоприятных результатов даже у самых опытных хирургов, по нашим

данным в 17,7 и 21,05% случаев, соответственно в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах (табл.7).

Таблица 7

Неблагоприятные результаты в зависимости от опыта хирурга в реконструктивной гепатобилиарной хирургии

Опыт хирурга	В ближайшем послеоперационном периоде			В отдаленном послеоперационном периоде		
	К-во	Неблагоприятные результаты	%	К-во	Неблагоприятные результаты	%
Хирург не владеющий реконструктивной хирургией ЖГ1	24	7	29,2	20	19	95
Хирург владеющий реконструктивной хирургией ЖП Всего	79	14	17,7	76	16	21,0
	103	21	20,4	96	35	36,5

Указанные факторы влияли на выбор операции. Результаты хирургического лечения «свежих» повреждений МЖП зависели от типа выбранного оперативного вмешательства (рис. 4,5).

Желание хирурга восстановить непрерывность желчного протока по типу «конец-в-конец» вполне

объяснимо, однако это делать нежелательно: вероятность образования рубцовой стриктуры после билиобилиарного анастомоза очень велика (70—100%, по данным зарубежных авторов). 19 больным нами был наложен ББА на Т-образном дренаже.

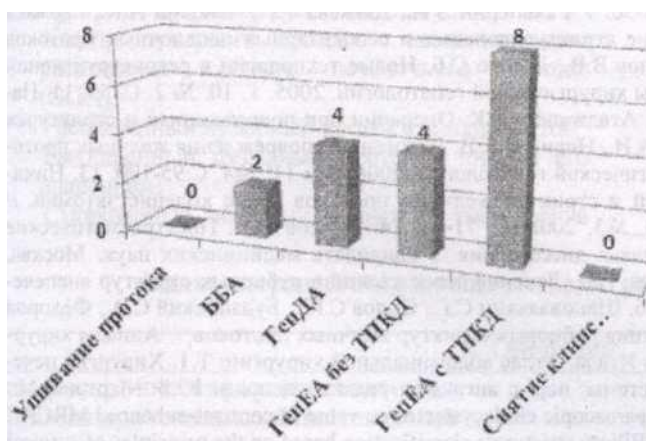


Рис. 4. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде (n=103).

Рубцовая стриктура образовалась через 6—9 месяцев после удаления Т-образного дренажа у 17 больных. Основные факторы, способствующие рубцеванию билиобилиарного анастомоза: натяжение из-за диастаза концов протока; небольшой диаметр протоков (если не было предшествующей желчной гипертензии); нарушение кровоснабжения в проксимальном сегменте ОЖП. т.к. гепатикохоledох имеет аксиллярный восходящий тип крово-снабжения.

Более целесообразно сформировать билиодигестивный анастомоз, причем не с двенадцатиперстной кишкой, а с сегментом тонкой кишки длиной 80 см, выключенным по Ру.

Выполнение билиодуоденоанастомоза считается менее травматичной операцией. Одним из серьезных недостатков гепатикодуоденостомии является постоянный дуодено-билиарный рефлюкс, способствующий поддержанию хронического холангиогепатита и,

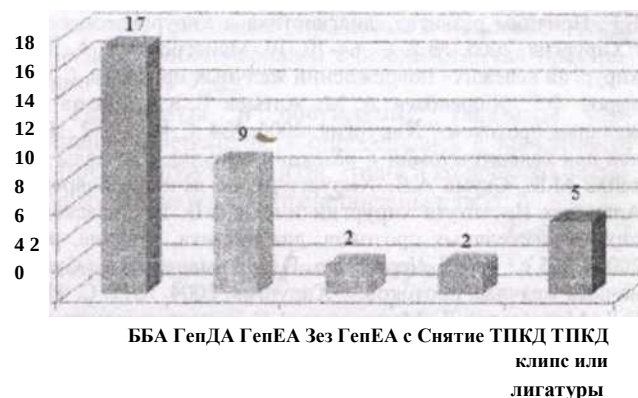


Рис. 5. Неблагоприятные результаты в отдаленном послеоперационном периоде (n=96).

нередко, возникновению множественных абсцессов печени. Рецидивирующий холангит и стеноз анастомоза явились причиной наложения ГепЕА и РЭБВ у 33,3% и 66,7% больных соответственно.

Небольшой диаметр поврежденного протока и тонкая его стенка создают большие трудности наложения ГепЕА. После наложения ГепЕА из 47 больных плохие результаты наблюдали у 13 и 4 больных, соответственно в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Причиной неудачи, по нашему мнению являлось малый диаметр протока, формирование узкого соустья и неоправданный отказ от применения ТПКД.

При небольшом диаметре проксимального сег-

мента протока и высоком расположении повреждения целесообразно сформировать площадку за счет рассечения левого печеночного протока. Прецизионный желчно-кишечный анастомоз накладывали однорядным узловым швом узелками наружу, используя атравматические иглы с монофиламентной нитью пролен 5—6/0, которое имеет большое значение.

Бытует мнение, что подтекание желчи по контрольному дренажу, наблюдаемое некоторыми авторами почти у каждого четвертого больного после бескаркасного формирования БДА, неопасно. Однако в наших наблюдениях у большинства больных, у которых после операции отмечали подтекание желчи, в отдаленном периоде появлялись признаки холангита и

рубцевания анастомозов. Подтекание желчи по контрольному дренажу после формирования БДА всегда свидетельствует о частичной несостоятельности анастомоза и является плохим прогностическим признаком развития рубцовой стриктуры.

Чтобы дать оценку отдаленным результатам различных вмешательств при ятрогенных повреждениях желчных протоков, по нашему мнению, должно пройти не менее года после удаления дренажей.

Таким образом, рассматривая факторы, влияющие на выбор операции и ее результаты при повреждениях МЖП, можно констатировать, что главными из них являются: характер повреждения протоков, его локализация и квалификация хирурга.

Литература

1. Антиперович О.Ф., Назаренко Г.И. М. Осложнения при лапароскопической холецистэктомии и их профилактика // Эндоскопическая хирургия. 2001. Т. 7, №3. С. 26.
2. Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю. Лечение ятрогенных повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. // Анналы хирургической гепатологии. 2006. том 11, №2. С.49-56.
3. Балаалыкин А.С., Крапивин Б.В., Алимов И. и др. О повреждениях магистральных желчных протоков в лапароскопической хирургии. // Эндоскопическая хирургия, 2000, №2. С. 8-9.
4. Борисов А.Е., Левин Л.А., Кубачев К.Г., Лисицын А.А. Осложнения лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. 2001. Т. 7. № 3. С. 34.
5. Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Ионкин Д.А., Вуколов А.В. Особенности хирургической тактики при повреждениях желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии. // Анналы хирургической гепатологии. 2003. Т. 8. №2. С. 85-86.
6. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю., Кузовлев Н.Ф. и др. Диагностика и лечение различных типов высоких рубцовых стриктур печеночных протоков // Хирургия. 2004. № 5. С. 26-31.
7. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф. и др. Лечение рубцовых стриктур печеночных протоков. // Материалы Пленума Правления Ассоциации Эндоскопической Хирургии. С.-П. 2003, С. 105.
8. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. Факторы, определяющие выбор операции при «свежих» повреждениях магистральных желчных протоков. // Анналы хирургической гепатологии, 2009, том 14. № 1. С. 49-56.
9. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Чевокин А.К., Гармаев Б.Г. Причины развития, диагностика и хирургическое лечение стриктур долевых и сегментарных печеночных протоков // Хирургия. 2005. № 8. С. 64-70.
10. Майстренко Н.А., Стукалов В.В., Шейко С.Б. Новые технологии в реконструктивной хирургии «свежих» повреждений желчных протоков. // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Г. 10. № 2. С. 59.
11. Назаров Ф.Г., Хаджибаев А. М., Алтыев Б. К., Девятков А. В., Атаджанов Ш.К. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков // Хирургия. 2006. №4. С.46-52.
12. Нечай А.И., Новиков К.В. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии и резекции желудка. // Анналы хирургической гепатологии, 2006, том 11, №4. С.95-100.
13. Ничи- тайло М.Е., Скумс А.В. Хирургическое лечение повреждений и стриктур желчных протоков после холецистэктомии. // Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского. Т3, №3. 2008. С. 71-76.
14. Олисов О.Д. Посттравматические стриктуры желчных протоков, диагностика, лечение, результаты: диссертация ... кандидата медицинских наук. Москва, 2006, - 135 с.: ил.
15. Чернышев В.Н., Романов В.Е., Сухоруков В.В. Лечение повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. // Хирургия. 2004. №11. С. 41-49.
16. Шаповальянц С.Г., Орлов С.Ю., Будзинский С.А., Федоров Е.Д., Матросов А.Л., Мыльников А.Г. Эндоскопическая коррекция рубцовых стриктур желчных протоков. // Анналы хирургической гепатологии, 2006, том 11, № 2. С. 57-64.
17. Эмилио Итала. Атлас абдоминальной хирургии: Г. 1. Хирургия печени. желчных путей, поджелудочной железы и портальной системы: пер. с англ. под редакцией проф. Ю.Б. Мартова/ М.: Мед. лит., 2006. С. 134-182.
18. Aduna M. Bile duct leaks after laparoscopic cholecystectomy: value of contrast-enhanced MRCP // J. Radiol. 2007. V. 100. N 2. P. 61-69.
19. Bismuth H., Majno P.E. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment // Wrlld J. Surg. 2001. V. 25. N 10. P. 1241-1244.
20. Schiano Di Visconte m. Analysis of patogenetic mechanisms of common bile duct iatrogenic lesion during laparoscopic cholecystectomy // Minerva Chir. 2002. V. 57. № 5. P. 663-667.
21. Slater K. Strong RW. Wall PR, Lynch SV. Iatrogenic bile duct injury: the scourge of laparoscopic cholecystectomy. ANZ J Surg. 2002 Feb;72(2):83-8.
22. Stewart L., Way L.W. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy // Arch. Surg. 1995. V. 130. P. 1123-1129.

*Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б.,
Судаймонов С.У., Бабажанов А.С.,
Давлатов С.С., Кушмурадов Н.Ё.,
Раджабов Ж.П., Рахматова Л. Т.*

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ

Самаркандский Государственный медицинский институт (ректор - проф. А.М. Шамсиев)

Частота синдрома Мириizzi, выявляемая при оперативном вмешательстве по поводу ЖКБ, варьирует от 0,4 до 3,6% случаев [1,3,7,11,17]. В клинической практике, данная патология относительно редко диагностируется до операции, несмотря на применение таких современных методов исследования, как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) [2,4,5].

Частота перехода на "открытую" операцию в ходе лапароскопической холецистэктомии варьирует от 3,6% до 6,9% случаев [6,8,9,12], в то время как у больных с синдромом Мириizzi этот показатель возрастает до 20-

40% [13,14,15].

Большой спор и разногласия, вызывают методики операционного подхода к различным типам синдрома