

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

М.М. АКБАРОВ¹, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ², М.Ш. НИШАНОВ¹,
К.Э. РАХМАНОВ², С.С. ДАВЛАТОВ².

Республиканский специализированный Центр хирургии
им. акад. В.Вахидова МЗ РУз¹, г. Ташкент.

Самаркандский Государственный медицинский институт², Республика Узбекистан, г.
Самарканд.

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 103 больного с повреждениями желчных протоков. Основной операцией при полном пересечении и иссечении внепеченочных желчных протоков является ГепЕА по Ру, что выполнена 64 больным с хорошим отдаленным результатом в 95,3%. Восстановительная операция показана только при парциальном повреждении протока. Формирование ББА при полном пересечении протока во всех случаях завершилась стриктурой. ГепДА также отрицательно сказалась на результатах лечения. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде 20,3%, в отдаленном – 36,4%. Повторные оперативные вмешательства выполнены 33,9% больным, летальность 5,8%.

Ключевые слова: повреждения желчных протоков, восстановительные и реконструктивные операции.

IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF INTRAOPERATIVE INJURIES OF BILE DUCTS

M.M. AKBAROV¹, Z.B. KURBANİYAZOV², M.SH. NISHANOV¹,
K.E. RAHMANOV², S.S. DAVLATOV²

Republican specialized center of surgery named after academician V. Vahidov Ministry of health of the Republic of Uzbekistan¹, Tashkent.

Samarkand State Medical Institute², Republic of Uzbekistan, Samarkand.

Resume. The results of surgical treatment of 131 patients with intraoperative bile ducts injuries have been analysed. The main operation in complete extrahepatic bile ducts transaction and excision is HepJA according to Roux that had been performed in 64 patients with a good follow – up result making 95,3%. Restorative operation is only indicated in partial injury of the duct. BBA formation in complete transaction of the duct in all cases resulted in stricture. HepDA also produced negative results of treatment. Complications in the near – by postoperative period made 20,3% and in the follow – up period 36,4%. Repeated operative interventions were performed in 33,9% of patients, lethal outcome made 5,8%.

Key words: damage to the bile duct, the restorative and reconstructive surgery.

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 магистральных желчных протоков (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, сповреждениями ВЖП после ЛХЭ. Для

определения уровня повреждения авторы используют классификацию S.M. Strasberg – H. 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. Nuzzoetal. 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 повреждениями магистральных желчных протоков в период 2000 – 2012 гг.

Повреждения магистральных желчных протоков в наших собственных наблюдениях

отмечены у 38 (0,58%) больных на 6521 холецистэктомий, 65 пациентов поступили из других стационаров с повреждениями МЖП.

У 78 больных было пересечение (9), иссечение (38) и иссечение с лигированием проксимальной культи 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 (ОПП) – 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 *интраоперационно обнаружении повреждений МЖП* из 28 больных 17 больным выполнены восстановительные и 11 больным реконструктивные операции.

Пересечение и иссечение желчных протоков. Этот вид повреждения наблюдали у 18 из 28 больных (64,3%), причем пересечение было у 6 (21,4%) и иссечение у 12 (42,8%) больных. По терминологии стриктур ЖП повреждение «+2» (длина сохранившегося проксимального отдела ОПП более 2 см) было у 3 больных, «+1» (длина ОПП 1 см) – 6 больных, «0» - бифуркационное ранение – у 2 больных, «-1» (сохранение свода конfluence ПП) – у 3 больных и «-2» (конfluence ПП разрушен) – у 4 больных (табл. 1). Таким образом, у подавляющего большинства больных имелись высокие повреждения. Повреждения были выявлены интраоперационно по появлению желчи в операционной ране и дополнительных трубчатых структур в желчном пузыре.

11 больным из этой группы выполнены реконструктивные операции. Из них 9 – гепатикоюноанастомоз (ГепЕА) с выключенной по Ру петлей тонкой кишки и 2 больным наложен ГепДА.

При повреждениях на уровне «+1», «0» площадку для наложения ГепЕА создавали за счет рассечения левого печеночного протока обнажая ее под хилиарной пластинкой (метод Нерр-Couinaud) (рис. 1).



Рис. 1. Обнажение левого печеночного протока под хилиарной пластинкой.

В 4 случаях, когда повреждение происходило с разрушением конфлюэнс (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 рассекали оба долевых протока, что значительно увеличивало диаметр будущего соустья (рис. 2).

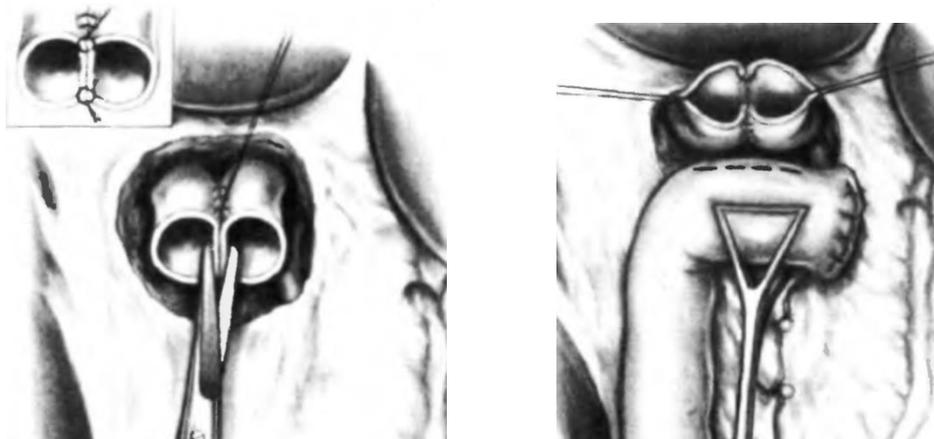


Рис. 2. Этапы формирования неоконфлюэнса при повреждении МЖП на уровне «-2».

Несмотря на малый диаметр протоков удалось создать площадку для наложения анастомоза размером от 10 до 25 мм (≤ 15 мм – 3; 16-25 мм – 7; ≥ 25 мм – 1). 2 больным ГепЕА

был наложен на ТПКД по Сейпол-Куриану (рис. 3) из-за узкого диаметра протка для профилактики несостоятельности швов анастомоза.

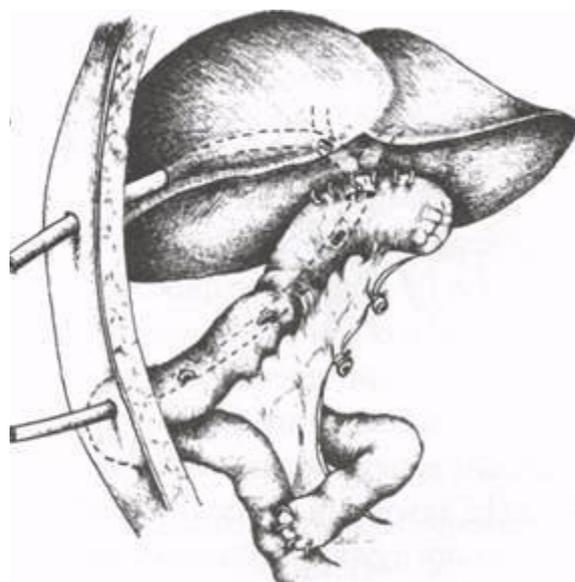


Рис. 3. Гепатикоеюностомия на транспеченочном дренаже по Сейпол-Куриану.

Таким образом, применение приемов, отработанных при операциях по поводу стриктур ЖП, позволило наложить относительно широкие прецизионные анастомозы.

Восстановительная операция (ББА) с пересечением (4) и иссечением (3) ОЖП и ОПП была произведена 7 больным.

Краевое ранение гепатикохоледоха.
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 наложено 2-3 шва (пролен 5/0) на дренаже Кера.

Виды выполненных операций больным со «свежими» повреждениями МЖП выявленных интраоперационно представлен в таблице №1.

Таблица №1.

Виды выполненных операций больным с повреждениями МЖП выявленных интраоперационно.

Вид операции	Количество	%
Гепатикоеюноанастомоз по Ру	9	32,1
Гепатикодуоденоанастомоз	2	7,1
Билиобилиарный анастомоз	7	25,0
Ушивание дефекта протока на дренаже Кера	10	35,7
Всего	28	100

В раннем послеоперационном периоде повреждения МЖП выявлено 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. По классификации стриктур ЖП повреждение «+2» было у 13 больных, «+1» – 31 больного, «0» - у 15 больных, «-1» – у 9 больных и «-2» – у 7 больных.

При обнаружении повреждений без воспалительно-инфильтративных изменений в подпеченочном пространстве и печеночно-почечной недостаточности (ППН) операции выполнены одноэтапно.

Из 14 больных с клипированием или лигированием протока 12 больным выполнено

снятие клипс или лигатуры и 2 больным наложен ББА. При иссечении ГХ 8-ми больным наложен ГепЕА, 2 – ГепДА и 10 больным наложен ББА одномоментно. При краевом ранении 1 пациентке произведено ушивание дефекта протока на дренаже Кера.

При наличии перитонита, воспалительно-инфильтративного процесса и ППН вследствие механической желтухи и холангита 40 пациентам первым этапом наружно дренированы желчные протоки.

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

После коррекции воспалительно-инфильтративного процесса в брюшной полости

и ППН 6 больным на втором этапе был наложен ГепДА и 30 больным наложен ГепЕА, из них 27 больным анастомоз был наложен на ТПКД: по Прадери-Смиту (2), Сейпол-Куриану (21) и Гальперину (4) (рис. 4,5). Показанием ТПКД было высокое поражение желчных протоков, узкий диаметр протока.

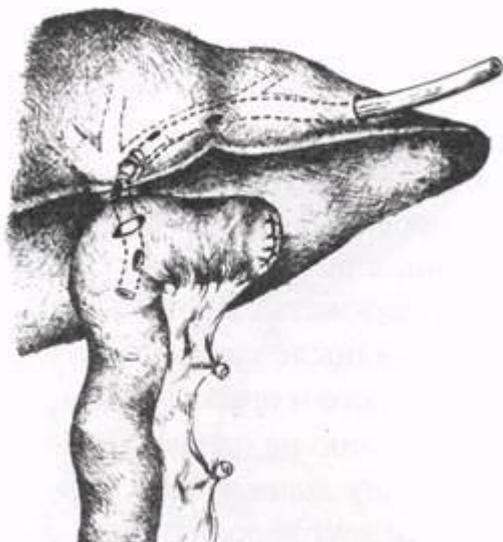


Рис. 4. Гепатикоеюностомия на транспеченочном дренаже по Прадери-Смиту.

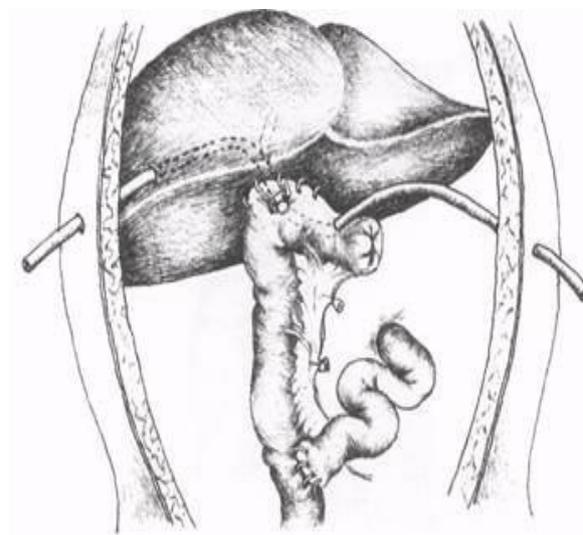


Рис. 5. Гепатикоеюностомия на транспеченочном дренаже по Э.И.Гальперину.

Таблица №2.

Виды операций больным с повреждениями МЖП выявленных в раннем послеоперационном периоде.

Вид операции	Количество	%
Гепатикоеюноанастомоз по Ру	38	50,7
Гепатикодуоденоанастомоз	8	10,7
Билиобилиарный анастомоз	12	16,0
Снятие лигатуры или клипс	12	16,0
Ушивание дефекта протока на дренаже Кера	1	1,3
Наружное дренирование желчного протока	4	5,3
Всего	75	100

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 (соответственно по 1 больному). Желчеистечение наблюдали 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 катастрофических угроз жизни больной. Гемобилия купировалась после консервативного лечения (табл. №3).

Таблица №3.

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

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

В отдаленном послеоперационном периоде в 10 случаях (35,7%) выявлено рубцовые стриктуры желчных протоков и БДА (табл. №4).

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 №4.

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
ГепЕА	без ТПКД	7	11,1	РЭБВ
	с ТПКД	2		
Всего	28	10	35,7	6-ГепЕА, 1-ГепДА, 2-РЭБВ, 1-стентирование протока

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 ГепДА (2 больных) наблюдали

частичную несостоятельность БДА, которая в 4 случаях проявилось наружным желчеистечением по страховочному дренажу и 1 билемой под печеночной области. Желчеистечение самостоятельно остановилось на 7-15 сутки после операции, а билема была дренирована под контролем УЗИ.

У 1 больной после наложения ГепЕА в ближайшем послеоперационном периоде наблюдали гемобилию, которая не поддавалась консервативной терапии и потребовала релапаротомию (табл. №5).

Таблица №5.

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	-		-	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
ГепЕА	без ТПКД	4	Частичная несосто-ть БДА	желч-ние	2	75	Консервативно		
				билома	1		Дренирование под контр. УЗИ		
	с ТПКД	34	гемобилия		1	2,9	Релапаратомия		
			ОППН		2	5,9	Консервативно		
Нагноение раны			3	8,8	Консервативно				
			Нагноение раны с эвентрацией кишеч.		1	2,9	Релапаратомия		
Наружное дренирование желчного протока		4	Перитонит ПОН		3	75	Консервативно	3	100
Всего			75		18	24		6	33,3

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 рентген эндобилирного 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. №6).

Таблица №6.

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	-	0	-
ГепДА	7	7	100	2 – ГепЕА, 5 – РЭБВ
ГепЕА	без ТПКД	4	7,9	1 – ГепЕА, 1 – консервативная терапия
	с ТПКД	34		1 – консервативная терапия
Всего	68	25	36,8	15-ГепЕА, 1-ГепДА, 5-РЭБВ, 2-стент, 2-консервативная терапия

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. 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 гепатодуоденальной связки, сопровождались 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.

Как показана в таблице неблагоприятные результаты в основном выявлены у больных с нарушением аксиллярного кровообращения гепатикохоледоха (рис. 6.).

Как показано в диаграмме 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 удовлетворительные 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.

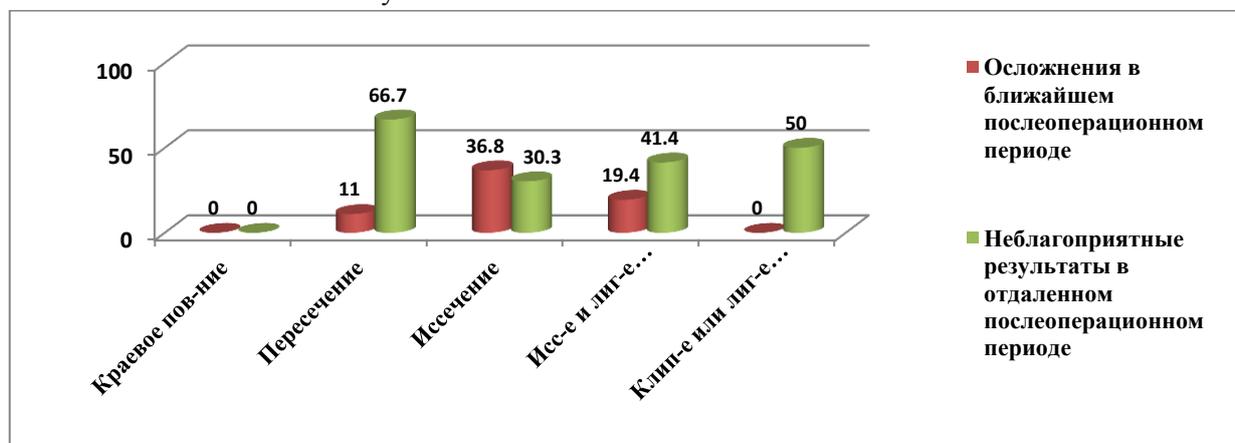


Рис. 6. Неблагоприятные результаты в зависимости от характера повреждения.

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 МЖП.

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 под хилиарной пластинкой (метод Нерр-Сюинауд).

В случаях, когда повреждение происходило с разрушением конфлюэнс (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 рассекали 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 больным 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 7.

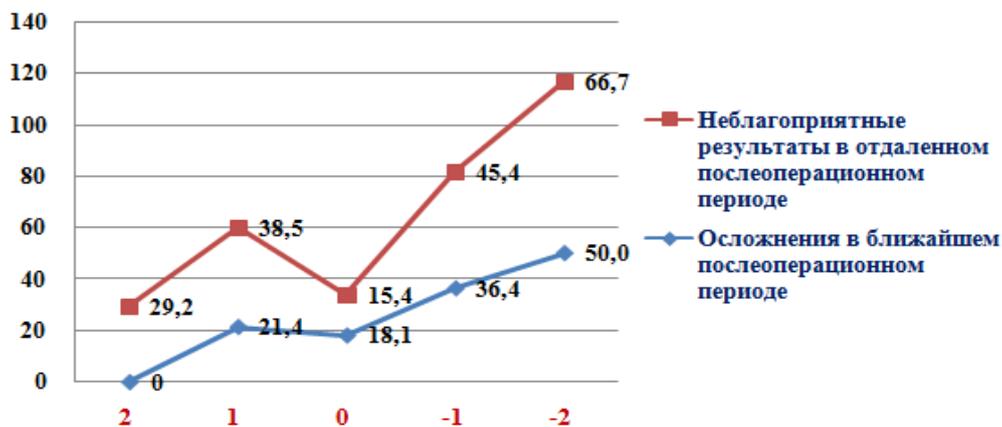


Рис. 7. Кривые неблагоприятных результатов в зависимости от локализации повреждения.

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 выполнялась 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. 8).

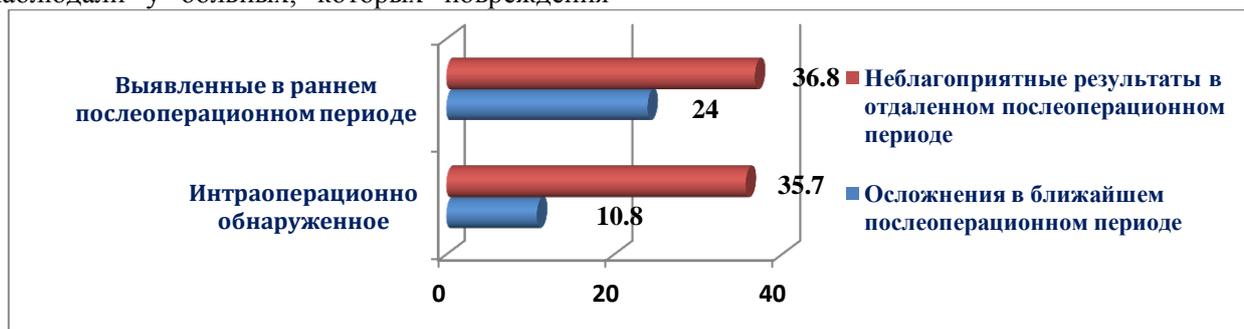


Рис. 8. Неблагоприятные результаты в зависимости от сроков выявления повреждений.

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

1. 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.

2. *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.

3. 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, наружный желчеистечение - это «входные ворота» для инфицирования желчного дерева, которое так же способствует развитию осложнений [4] (табл. №7).

Таблица №7.

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

Клинические признаки при выявлении повреждений в раннем послеоперационном периоде	В ближайшем послеоперационном периоде			В отдаленном послеоперационном периоде		
	Кол-во	Количество неблагоприятных результатов	%	Кол-во	Количество неблагоприятных результатов	%
Механическая желтуха	34	4	11,8	32	18	56,2
Перитонит	20	9	45	16	5	31,2
Желчеистечение + механическая желтуха	11	2	18,2	11	2	18,2
желчеистечение	10	3	30	9	-	0
Всего	75	18	24	68	25	36,8

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 затеков. 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 отказываться 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. №8).

Таблица №8.

Неблагоприятные результаты в зависимости от опыта хирурга в реконструктивной гепатобилиарной хирургии.

Хирург	В ближайшем послеоперационном периоде			В отдаленном послеоперационном периоде		
	Кол-во	Количество неблагоприятных результатов	%	Кол-во	Количество неблагоприятных результатов	%
Хирург не владеющий реконструктивной хирургии ЖП	24	7	29,2	20	19	95
Хирург владеющий реконструктивной хирургии ЖП	79	14	17,7	76	16	21,05
Всего	103	21	20,4	96	35	36,5

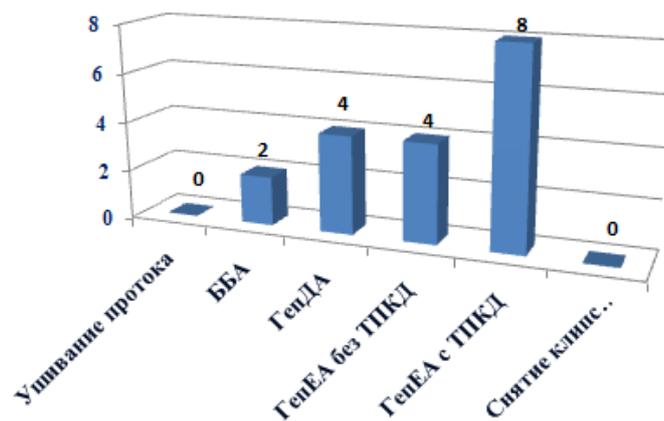


Рис. 9. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде (n=103).

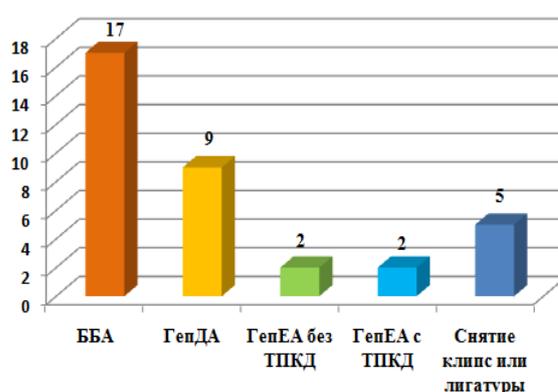


Рис. 10. Неблагоприятные результаты в отдаленном послеоперационном периоде (n=96).

Выше указанные факторы влияли на выбор операции. Результаты хирургического лечения «свежих» повреждений МЖП зависели от типа **выбранного оперативного вмешательства** (рис. 9, 10).

Желание хирурга восстановить непрерывность желчного протока по типу «конец-в-конец» вполне объяснима, 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. 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 кровоснабжения.

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, нередко, возникновению множественных абсцессов печени. Рецидивирующий холангит и стеноз анастомоза явилось 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 сегмента 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 П.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. Балалыкин А.С., Крапивин Б.В., Алимов Н. 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. Вишнеvский 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. Т. 10. № 2. С. 59.
11. Назыров 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. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Хирургическое лечение повреждений и стриктур желчных протоков после холецистэктомии. // Альманах Института хирургии имени А.В. Вишнеvского. 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: Т.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. Analisis 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.

**ИНТРАОПЕРАЦИОН УТ ЙУЛЛАРИ
ШИКАСТЛАНИШИДА ХИРУРГИК
ДАВОЛАШНИНГ УЗИГА ХОС
ХУСУСИЯТЛАРИ**

М.М. АКБАРОВ¹, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ²,
М.Ш. НИШАНОВ¹, К.Э. РАХМАНОВ²,
С.С. ДАВЛАТОВ²

Узбекистон Республикаси ССВ акад. В.Вахидов
номидаги Республика ихтисослаштирилган
хирургия Маркази¹,
Самарканд Давлат медицина институти²

Ут йуллари шикастланиши билан 103 нафар беморнинг хирургик даволаш натижалари тахлил килиб чиқилди. Жигардан ташқари ут йулларининг тулик шикастланишида асосий операция булиб Ру буйича ГепЕА хисобланади, бу 64 нафар беморда бажарилди ва операциядан кейин узок даврда 95,3% беморда ижобий натижа курсатди. Ут йулларини қайта тикловчи операциялар факатгина киррали шикастланишларда куллаш мумкин. Ут йуллари тулик шикастланишларида кулланилган БА хаммасида операциядан кейинги даврда ут йулларининг чандикли стриктураси билан яқунланди. ГепДА хам даволаш натижаларини кониктирмади. Операциядан кейинги яқин ва узок даврда 20,3% ва 36,4% беморларда асорат кузатилди. 33,9% беморга қайта операциялар бажарилди. Улим курсаткичи 5,8%ни ташкил этди.

Калит сузлар: ут йулларининг шикастланиши, қайта тикловчи ва реконструктив операциялар.