

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕПРОХІДНОСТІ ЖОВЧНИХ ПРОТОК ВОРІТ ПЕЧІНКИ З МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЖИВОТА

С.А.Асланян

Українська військово-медична академія
Київ, Україна

У статті представлено досвід хірургічного лікування постраждалих з непрохідністю жовчних проток воріт печінки, що розвинулась як ускладнення вогнепальних поранень.

Ключові слова: ускладнення вогнепальних поранень, хірургічне лікування, непрохідність жовчних проток.

Вступ

Проблема хірургічного лікування патології магістральних жовчних шляхів до теперішнього часу залишається невирішеною. Тому це питання знаходиться в центрі уваги багатьох вчених і практичних хірургів [1, 2, 8].

Механічна жовтяниця з приводу непрохідності жовчних проток у воротах печінки виникає найчастіше внаслідок пухлин (доброякісних або злоякісних), процесів, що виникають після травм (спайкова хвороба, рубцювання, облітерація жовчного протока та альвеокозу [1-3, 7].

Відкриті і закриті ушкодження печінки відносяться до тяжкої травми і, за даними різних авторів, становлять 21-28% як у мирні часи, так під час бойових дій у сучасних воєнних конфліктах в [4-6, 8].

У зв'язку з існуванням загальних принципів лікування різних форм непрохідності зовнішньопечінкових проток виділяють три види непрохідності, у залежності від рівня блокування жовчовідтоку:

1. непрохідність дистальних відділів загальної жовчної протоки,

2. непрохідність супрадуоденальної частини загальної жовчної і загальної печінкової проток;

3. непрохідність початкового відділу загальної печінкової протоки і місця, де з'єднується ліва і права жовчні протоки («ворота печінки») [8].

За свідомством Ю.М.Дедерера і Н.П.Крилової, у першій половині ХХ століття мали місце спроби хірургічного лікування непрохідності жовчних шляхів у воротах печінки: С.П. Федоров, 1909; Б.А. Петров, 1959; Garge, 1905; Kehr, 1912 та ін. створювали анастомози між різко розширеними, розташованими субкапсулярно жовчними протоками і петлею кишки або термокаутером випалювали хід у печінці і з утвореним отвором анастомозували кишку або шлунок [3]. І.І.Греков (1927) випалював ходи в печінці через задню стінку жовчного міхура і потім зашивав його передню стінку, розраховуючи на потрапляння жовчі до жовчного міхура і по жовчних протоках до дванадцятипальної кишки [3]. Однак утворені таким чином внутрішні нориці між внутрішньопечінковими жовчними протоками і жовчним міхуром на практиці часто функціонували недовго — не було можливості впливати на те, що густа жовч або згустки крові обтуровували ці штучно створені внутрішні нориці, і зупинявся відтік жовчі до жовчного міхура в післяопераційному періоді. Тому виникала необхідність знову застосовувати оперативне втручання.

Не дивлячись на окремі успішні клінічні спостереження, в цілому наслідки вищеперелічених операцій були маловтішними: повірньо розташовані жовчні протоки далеко не завжди забезпечували достатній відтік жовчі, а створені з випаленими в печінці ходами анастомози досить швидко переставали функціонувати внаслідок процесів рубцювання.

У подальшому Є.С.Футерян і Б.М.Шубін [3] запропонували спосіб, який полягав у тому, що під час відкритої лапаротомії передню стінку жовчного міхура розрізали, а через задню стінку встановлювали резинову трубку у внутрішньопечінкову жовчну протоку. Після цього створювали анастомоз між жовчним міхуром і тонкою кишкою або ж анастомоз між жовчним міхуром та шлунком, або формували холецистостому. Трубку з внутрішньопечінкової протоки автори виводили на деякий час назовні через один з вищезазначених анастомозів і далі через стравохід і ніс (назобіліарне дренивання) або через холецистостому. Але в клінічній практиці виявилися сутєві недоліки: даний спосіб дає змогу збирати жовч лише з однієї

внутрішньопечінкової протоки; незручним і навіть технічно тяжким для виконання виявилось інтраопераційне виведення дренажної трубки назовні через холецистогастроанастомоз і ще більш складним — виведення дренажної трубки назовні через холецистоеюноанастомоз. До того ж при створенні холецистогастроанастомозу з виведенням трубки через ніс і при виведенні її через холецистостому хворий буде вимушений цілеспрямовано приймати жовч перорально, а це є нефізіологічним, бо жовч є лужним розчином, тоді як середовище шлунка в нормі має бути кислотним. Тому при потраплянні жовчі у шлунок процес травлення буде порушеним. Ця ж проблема буде існувати і по видаленню трубки через певний час після створення холецистогастроанастомозу, оскільки жовч буде прямо потрапляти до шлунка.

Матеріали та методи дослідження

У період 1996-2005 рр. під час роботи в госпіталі «Азал» (м. Сана'а, Єменська Республіка) під нашим наглядом знаходилось 16 постраждалих з непрохідністю жовчних шляхів воріт печінки і механічною жовтяницею, що виникли як ускладнення перенесених раніше операційних втручань з приводу вогнепальних поранень черевної порожнини з ушкодженнями (14 постраждалих) і без ушкоджень (2 постраждалих) печінки. Чоловіків було 15, а жінка — 1. Ізольоване вогнепальне поранення органів черевної порожнини було відмічено у 10 постраждалих, а у 6 — поєднане. З 10 постраждалих з ізольованим пораненням черевної порожнини тільки у двох мало місце вогнепальне ушкодження одного органа (в обох мало місце ушкодження печінки). Серед цих 10 постраждалих (з ізольованими — 2 і множинними ушкодженнями органів живота) мали місце ушкодження таких органів: печінка — 9, шлунок — 6, тонка кішка — 8 (дванадцятипала — 3), товста кішка — 5, селезінка — 3, нирки — 3, підшлункова залоза — 1, сечовий міхур — 1, сечовід — 1.

Тільки в одного постраждалого вогнепальне поранення шлунка і дванадцятипальної кишки без ушкодження печінки призвело до розвитку спайкової хвороби і рубцювання з проявами непрохідності в ділянці воріт печінки (проксимальний відділ загальної печінкової протоки).

Серед 6 постраждалих з поєднаними вогнепальними пораненнями органів живота мали місце наступні ушкодження інших анатомофункціональних ділянок: шия — 1, грудна порожнина — 2 (ле-

гені — 1, діафрагма — 1), м'які тканини кінцівок — 5 (плече — 2, стегно — 3, гомілка — 2), вогнепальні поранення кінцівок з переломами довгих кісток (плече — 1, стегно — 1, велика і мала гомілкорова кістка — 1), таза — 1 (крило клубової кістки).

Серед цих 6 постраждалих з поєднаними вогнепальними ушкодженнями живота в одного мале місце ушкодження одного органу — печінки. А у 5 постраждалих мали місце множинні ушкодження органів черевної порожнини. Серед цих 5 постраждалих з множинними ушкодженнями органів черевної порожнини було відмічено ушкодження таких органів: печінка — 5, селезінка — 3, шлунок — 3, тонка кішка — 3, товста кішка — 3, підшлункова залоза — 1, нирка — 1, сечовий міхур — 1. Необхідно особливо підкреслити, що і в цій групі постраждалих було відмічено одного пацієнта, в якого спайкова хвороба в післяопераційному періоді призвела до непрохідності загальнопечінкової протоки в її проксимальній частині.

Сучасні фахівці гепатохірургії наполягають на тому, що питання стосовно необхідності виконання декомпресії жовчних шляхів при їх рубцевій структурі та облітерації не можна вирішувати за аналогією з гострим холангітом. Тому попередню декомпресію жовчних протоків вони рекомендують виконувати строго за показаннями і перш за все в тих випадках, коли загальний стан хворого не дозволяє виконувати складну радикальну операцію, а перед її виконанням необхідна відповідна тривала підготовка [8].

Оперативне лікування застосовували в два етапи. На першому етапі в якості біліарної декомпресії виконували дренажування внутрішньопечінкових жовчних проток через холецистостому, оскільки загальний стан хворих, що перенесли вогнепальні поранення живота (ізолювані і поєднані), не дозволяв невідкладно виконувати складну реконструктивну операцію без попередньої відповідної тривалої підготовки. Для цього розрізали передню стінку жовчного міхура і створювали канал у печінковій тканині через задню стінку жовчного міхура. У цей канал вводили дренажну трубку з боковими отворами таким чином, щоб вона проходила крізь декілька внутрішньопечінкових жовчних проток. При цьому бокові отвори дренажної трубки розташовували тільки внутрішньопечінково і внутрішньоміхурово. У такому разі жовч та кров від маніпуляції введення дренажу потрапляли через бокові отвори до просвіту дренажу, а звідти через інші бокові отвори до порожнини жовчного міхура і через торцевий отвір дренажу назовні. Це виключало можливість потрап-

ляння жовчі і крові до черевної порожнини. Таким чином, біліарна декомпресія здійснювалася завдяки відтоку жовчі з декількох внутрішньопечінкових жовчних проток до просвіту дренажної трубки і далі або назовні, або до жовчного міхура, а при встановлюванні затискача на дренажну трубку жовч потрапляла тільки до жовчного міхура та по протоці жовчного міхура і по загальній жовчній протоці до дванадцятипалої кишки. У випадках, коли густа жовч або згустки крові обмуровували дренаж, здійснювали його промивання або вводили у дренажну трубку меншу за діаметром і, приєднавши останню до шприця або до відсмоктувача, аспірували густу жовч і згустки крові. Таким чином поновлювали відтік жовчі з печінки.

Таке дренивання внутрішньопечінкових жовчних проток дає змогу досягти нових якісних можливостей, оскільки дозволяє налагоджувати крапельне введення через дренаж до порожнини жовчного міхура стерильних енергетичних і амінокислотних розчинів, які звідти через жовчно-міхурову і загальну жовчну протоку будуть потрапляти до дванадцятипалої кишки і брали участь у процесі травлення. Це сприяє прискоренню процесу травлення в післяопераційному періоді і, таким чином, ще одним фактором скорочення терміну лікування хворих.

Придбаний в Ємені досвід застосування цієї методики біліарної декомпресії дозволив впровадити її застосування в Україні і зареєструвати в якості деклараційного патенту на корисну модель №41854 в 2009 р.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед 16 постраждалих після вогнепальних поранень черевної порожнини з виконанням непрохідності жовчних проток у воротах печінки, після усунення механічної жовтяниці, відповідної підготовки і нормалізації показників гомостазу виконували другий етап операційного лікування.

Під час його виконання було з'ясовано, що у 13 постраждалих причиною непрохідності проксимального відділу загальної печінкової протоки в межах до 2-3 см були спайкова хвороба і процеси рубцювання в цій ділянці після перенесеної раніше операції з приводу вогнепального поранення органів черевної порожнини. У цих хворих після розсічення спайок, верифікації анатомічних структур і ревізії просвіту жовчних шляхів виконували транспечінкове дренивання жовчних проток. Транспечінковий дренаж утримували до 2-4 місяців, оскільки він виконував каркасну функцію.

Серед цих 13 хворих в одного виник рецидив в якості стриктури, і через два роки його знову було прооперовано. У післяопераційному періоді померло 2 хворих: один хворий помер внаслідок розвиненої тромбоемболії легеневої артерії, а другий — після релапаротомії внаслідок мезентеріального тромбозу.

Трьом постраждалим на другому етапі операційного лікування було виконано холецистектомію, формування широкого білідигестивного гепатикоєюноанастомозу з видаленням для цього тонкої кишки за Ру протягом не менш 80 см і наскрізним транспечінковим дренажуванням з формуванням на цьому дренажі гепатостомії та єюностомії за методикою O.Goets, G.Saypol, K.Kurian. За такою ж методикою було оперовано і пацієнта з першої групи з розвиненою рестриктурою та облітерацією проксимального відділу загальної печінкової протоки. Цьому хворому в післяопераційному періоді було виконано ще і релапаротомію з приводу гострої спайкової кишкової непрохідності. Пацієнт одужав, і його було виписано.

Інший хворий із цієї групи помер після двох релапаротомій з приводу множинних гострих перфоративних виразок тонкої кишки і перитоніту.

Висновки

Непрохідність жовчних проток воріт печінки, що виникає внаслідок вогнепальних поранень живота, у ряді випадків при тяжкому стані постраждалих може бути усуненою в результаті двоетапного хірургічного лікування при ефективній біліарній декомпресії на першому етапі.

На другому етапі хірургічного лікування цієї категорії постраждалих може бути застосована ревізія проксимального відділу загальної печінкової протоки з її транспечінковим тривалим дренажуванням або створення широкого білідигестивного гепатикоєюноанастомозу за Ру з наскрізним транспечінковим дренажуванням і створенням на цьому дренажі гепатостомії та єюностомії.

Література

1. Гальперин Э.И. Стриктуры желчных протоков. Операции при рубцовых структурах желчных протоков. Руководство по хирургии желчных путей, 2-е изд. / Э.И.Гальперин, Т.Г.Дюжева, А.Ю.Чевочкин // Под ред. Э.И.Гальперина, П.С.Ветшева. — М.: ВИДАР-М, 2009. — С. 503-519, 530-558.

2. Гальперин Э.И. Стриктуры желчных протоков. Лекции по гепатобилиарной хирургии / Под ред. Э.И.Гальперина, Т.Г.Дюжевой. — М.: ВИДАР-М, 2011. — С. 123-163
3. Дедерер Ю.М. Атлас операций на печени / Ю.М.Дедерер, Н.П.Крылова. — М.: Медицина, 1975. — С. 83- 97.
4. Барамя Н.Н. Опыт работы отделения политравмы в условиях города Киева / Проблеми військової охорони здоров'я. Збірник наукових праць. Вип. 32. — К., 2012. — С. 4-8.
5. Заруцький Я.Л. Клінічно-організаційні основи та принципи діагностики і хірургічного лікування постраждалих з травматичною хворобою: Автореф. дис. д.мед.н.: 14.01.03. — К., 2003. — 32 с.
6. Ефименко Н.А. Ранения и травмы живота / Н.А.Ефименко, Н.А.Ерюхин, Н.М.Самохвалов и др. // Военно-полевая хирургия: национальное руководство / Под ред. И.Ю.Быкова, Н.А.Ефименко, Е.К.Гуманенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 585-621
7. Фомин П.Д. Абдоминальная травма / Политравма: хирургия, травматология, анестезиология, интенсивная терапия / П.Д.Фомина, Е.Г.Педаченко и др.; под ред. Ф.С.Глумчера — К.: ВСН Медицина, 2012. — С. 260-413.
8. Шалимов А. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А.А.Шалимов, С.А.Шалимов, М.Е.Нечитайло, Б.В.Доманский. — К.: Здоров'я, 1993. — С. 320-321.