

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ТАКТИКИ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ
ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ВО ВРЕМЯ
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

М. Е. Ничитайло

Национальный – институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

Проанализированы результаты лечения 97 больных с ятрогенным повреждением и стриктурой внепеченочных желчных протоков при выполнении лапароскопической холецистэктомии. У 24 больных были использованы миниинвазивные вмешательства, у 73 больных – высокий гепатикоюноанастомоз. Послеоперационные осложнения были отмечены у 8 больных (8,2 %), летальный исход – у одного (1 %). Хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты лечения отмечены у 94,6 % больных.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков, стриктура внепеченочных желчных протоков

Введение. Широкое распространение лапароскопической техники даже в самые отдаленные районы Украины привело к вполне объяснимому росту удельного веса лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) по отношению к открытым операциям. Внедрение лапароскопического метода холецистэктомии сопровождается значительным (в 2–5 раз) увеличением частоты повреждения внепеченочных желчных протоков (ВЖП) по сравнению с таковой при использовании открытого вмешательства и в среднем составляет 0,4–1,4 % [1, 2, 3]. А в период освоения метода эта цифра увеличивается до 4,6 % [2]. Кроме механизмов травмы, присущих открытой холецистэктомии, появились свойственные лапароскопическому методу диатермические повреждения [1, 2]. Проблема ятрогенных повреждений ВЖП актуальна, нет единого мнения о сроках выполнения хирургического вмешательства, показаниях и методах восстановления желчеоттока, о роли и месте миниинвазивных вмешательств [1, 2, 3, 4, 5].

Целью хирургической коррекции повреждений внепеченочных желчных протоков является надежное восстановление желчеоттока и предотвращение осложнений. А это, в свою очередь, зависит от выбранного метода хирургического лечения и хирурга, имеющего достаточный опыт в реконструктивной хирургии.

Цель исследования: выбор оптимальной тактики при ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии.

Материал и методы исследования. В работе представлен анализ хирургического лечения 97 больных с ятрогенным повреждением и стриктурой ВЖП при выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) за период с 1993 по 2011 г.г. Женщин было 78, мужчин – 19. Возраст больных от 25 до 78 лет. При остром холецистите ЛХЭ производилась у 24 (24,7 %) пациентов, при хроническом – у 73 (75,3 %).

Предоперационное обследование кроме общеклинических и лабораторных методов включало ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эндоскопическую ретроградную холангиографию, фистулохолангиографию или чрескожную чреспеченочную холангиографию, доплерографию сосудов брюшной полости, или спиральную томографию.

В соответствии с разработанной нами классификацией [6], были выделены группы больных: с малыми повреждениями ВЖП – 7 больных (7,2 %) (из них повреждение дополнительных желчных протоков в ложе желчного пузыря наблюдалось у 4, несостоятельность культи пузырного протока – у 3); с большими частичными повреждениями – 17

Распределение больных с большими полными повреждениями ВЖП по типам

Тип повреждений по Н. Bismuth	Число наблюдений	
	абс.	%
I	4	5,5
II	21	28,8
III	32	43,8
IV	16	21,9
Всего	73	100

больных (17,5 %) (краевое повреждение общего печеночного протока – у 6, пристеночное клипирование – у 3 больных и электроожог с точечными перфорациями – у 8 больных); большими полными повреждениями – у 73 больных (75,3 %) (циркулярные пересечение – у 16, иссечение сегмента ВЖП – у 32, клипирование – у 25 больных). Полные повреждения ВЖП распределены в соответствии с классификацией Н. Bismuth (1982) (табл. 1.)

Результаты исследования и их обсуждение. Интраоперационное повреждение ВЖП обнаружено у 3 (3,1 %) больных. У одного пациента было обнаружено желчеистечение из ложа желчного пузыря, был визуализирован и клипирован проток Люшка, у двух пациентов диагностированы частичное и полное пересечение общего желчного протока, которые были устранены ушиванием атравматичной нитью PDS 4/0 на T-образном дренаже.

Основными клиническими симптомокомплексами повреждения ВЖП в послеоперационном периоде являлись: 1) обтурационная желтуха (32 больных); 2) желчеистечение внутрибрюшное или наружное (48 больных); 3) сочетание симптомов желчной гипертензии и желчеистечения (17 больных).

В случае малых повреждений ВЖП при желчеистечении эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) была эффективна у 5 больных (5,1 %) и оказалась окончательным методом лечения (у 3-х больных с несостоятельностью культи пузырного протока и двух с желчеистечением из протоков Люшка). ЭПСТ чаще выполняли в качестве подготовительно этапа для дальнейших эндобилиарных вмешательств или оперативного лечения.

При механической желтухе у 14 больных (14,4 %) выполнялась РХПГ. У трех больных разбуждено и дилатировано баллонным дилататором место пристеночного клипирования ВЖП. Стентирование произведено при малых повреждениях и стриктурах у 11 боль-

ных. У одного пациента попытка стентирования оказалась неудачной, и больной был прооперирован.

Попытки коррекции внутрибрюшных осложнений путем релапароскопии были произведены у 4 больных (4,1 %). Причинами желчеистечения были перфорация общего желчного протока (1 случай), повреждение дополнительного печеночного протока в ложе желчного пузыря (1), термический ожог и перфорация правого печеночного протока (1), ошибочное клипирование общего печеночного протока (1). При релапароскопии в 2 случаях произведено дополнительное клипирование предполагаемого источника желчеистечения, санация и дренирование подпеченочного пространства. У одного пациента ревизия не позволила найти источник желчеистечения, после конверсии и обнаружения перфорации печеночного протока произведено наложение шва и дренирование его через культю пузырного протока. В дальнейшем больных вели консервативно, свищи закрылись самостоятельно в сроки от 21 до 40 сут. Релапароскопия по поводу механической желтухи на 4-е сутки позволила обнаружить клипсу на общем печеночном протоке, которая была удалена. Однако, улучшения у пациентки не наступило и через 3 суток выполнена релапаротомия, во время которой обнаружена еще одна клипса. После ее удаления и наружного дренирования через культю пузырного протока больная выздоровела.

Как правило, хирургическая коррекция больших полных повреждений ВЖП имела этапный характер. Первым этапом ликвидировалась клиника желчного перитонита и гипертензии, а реконструктивный этап выполняли через 1–2,5 месяца. По нашему мнению, стриктура ВЖП и билиодигестивных анастомозов, сопровождающаяся холангитом и желтухой, независимо от степени сужения, подлежит хирургическому лечению. И чем раньше оно проведено, тем благоприятнее исход.

При полном повреждении ВЖП необходимо формировать анастомоз достаточной ширины с хорошим кровоснабжением, что обеспечивается включением в анастомоз проксимальных отделов желчных протоков [1]. Поэтому основным видом операции была высокая гепатикоюностомия [2]. При низких повреждениях (I тип по Н. Bismuth (4 больных)), разрез культи желчного протока продлевали на протяжении 2 см и более по направлению к развилке протоков. При II типе (21 больных) по Н. Bismuth, выполняли разрез культи общего печеночного протока с переходом на левый долевого проток по его передней стенке. Повреждение III типа по Н. Bismuth (32 больных) было устранено путем рассечения обоих печеночных протоков. Наибольшую проблему восстановления желчеоттока представляло разрушение бифуркации желчных протоков (тип IV по Н. Bismuth (16 больных)). В этих случаях накладывали гепатикоюноанастомоз с искусственно сформированной развилкой по А. А. Шалимову (7 больных) и формировали отдельные соустья с каждым из долевого протоков (9 больных).

Отмечались следующие послеоперационные осложнения: нагноение раны и пневмония – у 8 больных (8,2 %), у одного из них синдром «недренируемой» правой доли печени. В одном случае был летальный исход после двухсторонней пневмонии (1 %).

Анализ отдаленных результатов в сроки от

6 месяцев до 15 лет показал хорошие и удовлетворительные результаты у 94,6 % больных.

Выводы. 1. При малых и больших частичных повреждениях ВЖП миниинвазивные вмешательства имеют вполне самостоятельное значение и могут быть альтернативой хирургическому методу, а при больших полных повреждениях могут использоваться на первом этапе, перед реконструктивными вмешательствами.

2. Показанием к выполнению восстановительных операций является только частичное повреждение ВЖП.

3. При полном повреждении ВЖП операцией выбора является формирование высоко-го гепатикоюноанастомоза.

4. При интраоперационной диагностике полного повреждения ВЖП, если хирург, выполняющий лапароскопическую холецистэктомию, обладает достаточным опытом в реконструктивной хирургии, целесообразно произвести конверсию и предпринять попытку немедленного восстановления желчеоттока. Если хирург не владеет методами реконструктивных операций, следует осуществить наружное дренирование ВЖП и направить больного в специализированный хирургический центр.

5. Коррекцию повреждения ВЖП осуществляют в специализированных центрах, обладающих опытом лечения таких больных, на основе мультидисциплинарного подхода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комбинированное повреждение желчных протоков и сосудов при холецистэктомии: особенности клинического течения и хирургической тактики / [М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс, В. П. Шкарбан и др.] // Клінічна хірургія. – 2011. – № 6. – С. 7–11.

2. Ничитайло М. Е. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии: и их последствия / М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс. – К.: Макком, 2006. – 344 с.

3. Скумс А. В. Поєднане пошкодження позапечінкових жовчних проток та судин під час виконання холецистектомії / А. В. Скумс, Б. А. Шевчук // Клінічна хірургія. – 2008. – № 2. – С. 43–46.

4. Скумс А. В. Классификация ятрогенных повреждений желчных протоков при холецистэктомии / А. В. Скумс, М. Е. Ничитайло, Ю. В. Снопок // Клінічна хірургія. – 2008. – № 8. – С. 25–30.

5. Хирургическое лечение повреждения и стриктуры желчных протоков после холецистэктомии / [М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс, В. П. Шкарбан, А. И. Литвин] // Клінічна хірургія. – 2007. – № 2 – 3. – С. 21–25.

6. Treatment of bile duct lesions after laparoscopic cholecystectomy / [J. J. Bergman, D. J. Gouma, G. N. Tutgat et al.] // World J. Surg. – 1997. – Bd. 68. – P. 395 – 398.

М. Ю. Ничитайло

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ЯТРОГЕНИХ УШКОДЖЕННЯХ ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОК ПІД ЧАС ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

м. Київ, Україна,

Резюме. Проаналізовано результати лікування 97 хворих з ятрогенним ушкодженням і стриктурою позапечінкових жовчних проток при виконанні лапароскопічної холецистектомії. У 24 хворих були використані мініінвазивні втручання, у 73 хворих – високий гепатикоєюноанастомоз. Післяопераційні ускладнення були відзначені у 8 хворих (8,2 %), летальний результат у одного (1 %). Гарні й задовільні віддалені результати лікування відзначені у 94,6 % хворих.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, ятрогенні ушкодження позапечінкових жовчних проток, стриктура позапечінкових жовчних проток.

M. E. Nychitaylo

MODERN ASPECTS OF SURGICAL TACTICS IN IATROGENIC DAMAGES OF EXTRAHEPATIC BILE DUCTS AT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Kyiv, Ukraine

Summary. The results of treatment of 97 patients with iatrogenic damages and strictures of extrahepatic bile ducts during laparoscopic cholecystectomy were analyzed. In 24 patients miniinvasive interventions were used, in 73 patients – high hepaticojunostomy. Postoperative complications were noted in 8 patients, lethal outcome in one. Good and satisfactory afterhistory in 94,6 % patients were noted.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, iatrogenic damages of extrahepatic bile ducts, strictures of extrahepatic bile ducts.