

Ятрогенные повреждения жёлчных протоков

Н.А. Расулов*, К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

*кафедра хирургии ИПО в сфере здравоохранения РТ

В работе дан анализ результатов комплексной диагностики и хирургического лечения 14 больных с ятрогенными повреждениями жёлчных протоков, приводящих к различным по характеру и частоте осложнениям. Наличие установленных грозных и жёлых осложнений диктует целесообразность проведения динамического УЗИ с доплерографией печёночных сосудов у больных с подозрением на повреждение жёлчных протоков, осуществление своевременных реконструктивно-восстановительных вмешательств.

Ключевые слова: повреждение жёлчных протоков, гепатикоюноанастомоз

Введение. В настоящее время твёрдо установлено, что основным методом лечения желчнокаменной болезни и её осложнений является холецистэктомия [1,2]. Среди осложнений холецистэктомии наиболее трагичным для больного и хирурга считается повреждение внепечёночных жёлчных протоков, которое наблюдается в 0,5 – 1,4% [3,4]. Ещё более угрожающим является комбинированное повреждение внепечёночных жёлчных протоков и сосудов, которое является главной причиной высокой частоты неудовлетворительных результатов лечения и летальности. По данным литературы комбинированные повреждения наблюдаются в 12,8 – 36% случаев травм внепечёночных жёлчных протоков при холецистэктомии [5,6], а при рутинном использовании ангиографии – также в 47%.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения ятрогенных повреждений жёлчных протоков.

Материал и методы. В настоящей работе представлены результаты лечения 14 больных с комбинированными повреждениями жёлчных протоков и ветвей общей печёночной артерии при выполнении холецистэктомии за период с 1997 по 2014 гг. Среди наблюдавшихся было 12 (86%) женщин и 2 (14%) мужчины. Возраст пациентов варьировал от 37 до 69 лет. В 8 (57%) наблюдениях повреждения отмечены при открытых традиционных холецистэктомиях, а в 6 (43%) – при лапароскопической холецистэктомии, выполненных в лечебных учреждениях Республики Таджикистан.

Предоперационное обследование, кроме общепринятых клинических и лабораторных методов, включало: УЗИ органов брюшной полости, методы прямого

контрастирования жёлчевыводящих путей (эндоскопическая ретроградная, чрескожная чреспечёночная или фистулохолангиография), доплеровскую ультрасонографию или компьютерную томографию (КТ), а также магнитно-резонансную панкреатохолангиографию (МРПХГ). Тип повреждения определяли согласно классификации Н. Bismuth.

Результаты и их обсуждение. Субоперационное повреждение жёлчных протоков было обнаружено у 4 больных, при этом лишь в одном случае было заподозрено повреждение общей печёночной артерии, однако её ревизия не производилась. В раннем послеоперационном периоде (до 7 суток) наличие окклюзии ветвей печёночной артерии диагностировано у 3 (21%) больных, в поздние сроки, от 8 до 518 суток – у 7 (50%) пациентов. Высокие повреждения – III-V типов отмечены у 9 (64%) больных. Повреждение сосудов установлено при выполнении динамического УЗИ с доплерографией сосудов печени (n=3), ангиографии (n=2) и КТ (n=5). В 4 наблюдениях при доплерографии обнаружено отсутствие кровотока по собственной печёночной артерии, обусловленного её окклюзией, в 4 (28,5%) – правой и в 1 (7%) – левой печёночной артерии. До поступления в клинику пациенты перенесли от 1 до 4 оперативных вмешательств (кроме холецистэктомии) по поводу ликвидации возникших, в связи с повреждением протоков, осложнений – обтурационной желтухи, жёлчного перитонита, внутрибрюшных абсцессов. Детальное изучение клинического течения показало, что наряду с типичными для повреждения протоков синдромами (обтурационная желтуха, перитонит, наружный жёлчный свищ), высокий удельный вес имели осложнения, связанные с ишемией печени, некроз и абсцессы печени (n=14) и билиарный сепсис (n=6) (табл.1).

ТАБЛИЦА 1. ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ
ПОВРЕЖДЕНИИ ЖЁЛЧНЫХ ПРОТOKОВ И СОСУДОВ

Осложнение	Кол-во	%
Обтурационная желтуха	9	64
Жёлчный перитонит	4	28,5
Наружный жёлчный свищ	5	36
Абсцесс печени	8	57
Некроз доли печени	6	43
Острая печёночная недостаточность	5	36
Билиарный сепсис	6	43
Атрофия доли печени	3	21,5

Примечание: у ряда больных наблюдались по 2-3 осложнения

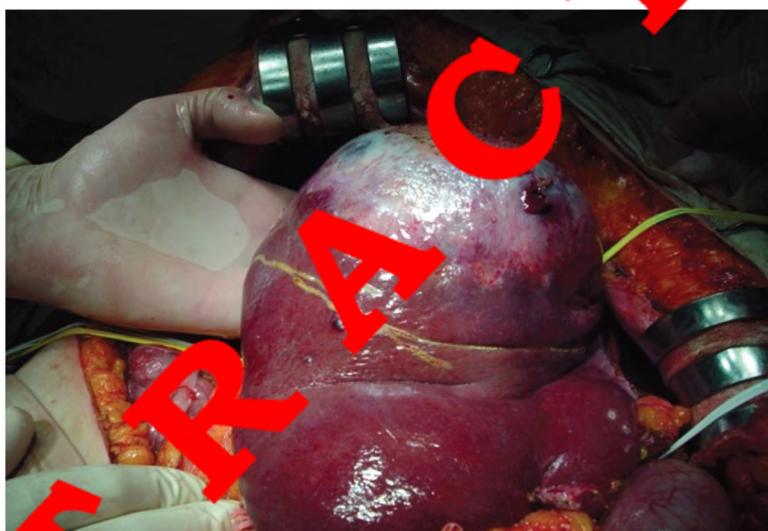


РИС. 1. АБСЦЕСС ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ



РИС. 2. НЕКРОЗ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ

Интраоперационное повреждение жёлчного протока было обнаружено у 4 больных, у остальных 10 – в сроки от 3 суток до 4 месяцев. Повреждения скорректированы формированием анастомоза между пересечёнными концами протока по типу «конец в конец» на Т-образном дренаже (n=2) и гепатикоеюноанастомоза (n=1), и 1 операция была завершена наружным дренированием жёлчных протоков. После восстановительных операций (n=2) наблюдалась несостоятельность швов билиобилиарных анастомозов. В 2 наблюдениях через 3 недели после операции, в связи с развитием множественных инфарктов и абсцессов печени (рис.1), выполнены некрэктомия левой доли печени при её некрозе (рис.2), дренирование абсцессов печени и наружное дренирование общего печёночного протока (больная умерла).

В другом случае, спустя 2,5 месяца наложен гепатикоеюноанастомоз, и ещё через 16 месяцев произведена левосторонняя гемигепатэктомия (SII-III) в связи с атрофией и абсцедированием левой доли печени. После гепатикоеюностомии больная повторно, оперирована через 3 месяца, в связи с развитием стриктуры анастомоза на фоне атрофии правой и компенсаторной гипертрофии левой доли печени. Выполнена регепатикоеюностомия с рассечением левого печёночного протока с удовлетворительным отдалённым результатом. После наружного дренирования жёлчных протоков (n=1) выполнена гепатикоеюностомия в послеоперационном периоде с лечением абсцесса правой доли печени, который был вскрыт и дренирован под УЗ-контролем. В последующем, через 2 месяца выполнена правосторонняя гемигепатэктомия.

Сочетанное повреждение ветвей печёночной артерии в раннем послеоперационном периоде (до 7 суток) диагностировано у 3 больных. У 7 пациентов наличие комбинированных повреждений установлено в сроки до 6 месяцев. Попытки восстановления

артериального кровотока предпринимались в 2 случаях, в сроки от 3 и 4 суток после холецистэктомии. В одном случае была удалена клипса, ошибочно наложенная на правую ветвь печёночной артерии, в другом – резецирован травмированный участок общей печёночной артерии с формированием анастомоза между дистальным и проксимальным её сегментами. У 4 больных повреждение жёлчных протоков в сочетании с повреждением артерии диагностировано в позднем послеоперационном периоде. К моменту поступления в клинику больные перенесли от 1 до 4 операций по восстановлению магистрального жёлчного протока или ликвидации возникших осложнений. При этом в 2 случаях выполнялось наружное дренирование жёлчных протоков из-за жёлчного перитонита, ещё в 2 – имел место наружный жёлчный свищ. С учётом адекватного коллатерального кровотока, в сроки 2-3 месяцев, больным была выполнена гепатикоеюностомия, в том числе в одном случае из них с чреспечёночным дренированием.

У 7 пациентов из 14 с комбинированными повреждениями жёлчных протоков и сосудов в позднем послеоперационном периоде обнаружили абсцессы печени: единичные – у 3 и множественные, правой и левой доли – у 4. С учётом тяжёлого состояния пациентов из-за сепсиса, печёночной недостаточности на первом этапе лечения наряду с интенсивной консервативной терапией, проводили дренирование абсцессов и жёлчных протоков открытым способом или из чрескожного доступа. У 3 пациентов удалось санировать абсцесс печени, и в дальнейшем у них выполнены только реконструктивные вмешательства на жёлчных протоках. В 4 случаях, в связи с продолжающимся абсцедированием, выполнена резекция соответствующей доли печени и формирование гепатикоеюноанастомоза на изолированной петле по Ру с печёночным протоком оставшейся доли (рис.3).

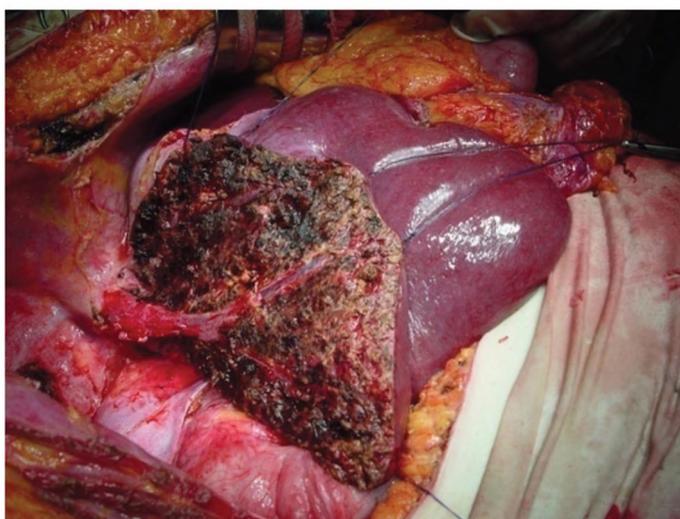


РИС. 3. РЕЗЕКЦИЯ АБСЦЕССА ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ



Таким образом, у больных с комбинированными повреждениями жёлчных протоков и сосудов спектр операций был широким. Они включали попытки восстановления артериального кровотока с последующим реконструктивным вмешательством на жёлчных протоках, различным по объёму резекции печени в связи с её некрозом и абсцедированием, формированием гепатикоюноанастомоза при достаточном коллатеральном кровоснабжении печени. В послеоперационном периоде умерло 5 пациентов из 14. Отдалённые результаты изучены у 8 пациентов в сроки от 6 месяцев до 9 лет. Хорошие результаты отмечены у 5, удовлетворительные – у 2 и неудовлетворительные – у 1 больного.

ВЫВОДЫ

1. Для диагностики ятрогенных повреждений жёлчных протоков и сосудов целесообразно проведение интра- и послеоперационного динамического УЗИ с доплерографией сосудов печени.
2. Индивидуально – активная хирургическая тактика с учётом функционального состояния печени и жёлчных протоков позволяет в каждом конкретном случае выбрать патогенетически обоснованный метод лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И. «Свежие» повреждения жёлчных протоков / Э.И. Гальперин, А.Ю.Чевокин // Хирургия. - 2010. - № 10. - С.5-10.
2. Назыров Ф.Г. Новые технологии в диагностике и лечении больных с ятрогенным повреждением внепечёночных жёлчных протоков / Ф.Г.Назыров, М.М.Акбаров, Ш.З. Касымов // Анналы хирургической гепатологии. - 2007. - № 3. - С.92-95.
3. Шаповальянц С.Г. Эндоскопические возможности в лечении «свежих» повреждений жёлчных протоков / С.Г. Шаповальянц, С.Ю.Орлов, А.Г.Мыльников // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - № 3. - С.51-53.
4. Акбаров М.М. Применение эндоскопических технологий у больных с ятрогенными повреждениями внепечёночных жёлчных протоков и наружными жёлчными свищами / М.М.Акбаров, Ш.З.Касымов, Л.П.Струцкий // Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - № 3. - С.103-104.
5. Birth M. Biliary endo-to-end anastomosis with extramucosal titanium clips. Initial results of a new technique / M.Birth, J.Gerberding, U.Markert [et al.] // Zentralbl. Chir. - 2010. - Bd. 125. - P. 990-996.
6. Todani T. Classification of congenital biliary cystic disease: special reference to type Ic and IVA cysts with primary ductal stricture / T.Todani, Y.Watanabe, A.Toki, Y.Morotomi // J. HepatobiliaryPancreat. Surg. - 2009. - Vol. 10, № 5. - P.340-4.

Summary

Iatrogenic injuries of the bile ducts

N.A. Rasulov*, K.M. Kurbanov, K.R. Nazirboev

*Chair of Surgery, PE Healthcare of the RT;

Chair of surgical diseases №1 Avicenna TSMU

The results of a comprehensive diagnosis and surgical treatment of 14 patients with combined injuries of the bile ducts, leading to a complications differentiating by nature and frequency are analyzed in the paper. Existence of threatening and severe complications dictates the usefulness of dynamic Doppler ultrasonography of hepatic blood vessels in patients with suspected damage of the bile ducts and timely performing of the reconstructive surgery.

Key words: damage to the bile ducts, hepatico-jejunum anastomosis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Расулов Назир Аминович – заведующий кафедрой хирургии ИПО в сфере здравоохранения РТ;
Таджикистан, г.Душанбе, пр. Айни, 46
E-mail: mahmadnazir@mail.ru