

УДК 616.367-089

© В.В.Рыбачков, В.А.Раздвогин, Н.В.Герасимовский, А.А.Кириллук, С.А.Аносенко, А.В.Сайгушев, А.П.Шевердов, А.Е.Попов, М.С.Филатов

## К вопросу лечения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей

В.В.РЫБАЧКОВ, В.А.РАЗДРОГИН, Н.В.ГЕРАСИМОВСКИЙ, А.А.КИРИЛЮК,  
С.А.АНОСЕНКО, А.В.САЙГУШЕВ, А.П.ШЕВЕРДОВ, А.Е.ПОПОВ, М.С.ФИЛАТОВ

## On iatrogenic injuries treatment of extrahepatic biliary tracts

V.V.RYBACHKOV, V.A.RAZDROGIN, N.V.GERASIMOVSKI, A.A.KIRILJUK,  
S.A.ANOSENKO, A.V.SAIGUSHEV, A.P.SHEVERDOV, A.E.POPOV, M.S.FILATOV

Ярославская государственная медицинская академия  
Вологодская областная клиническая больница №1

Ятрогенное повреждение желчных протоков – осложнение желчной хирургии, которое более 100 лет преследует хирургов. Более чем в 90% наблюдений повреждения желчных протоков происходят именно во время холецистэктомии, в последние годы – преимущественно во время лапароскопической холецистэктомии [2, 5]. Частота повреждений протоков при традиционной холецистэктомии составляет 0,1-0,8% [4]. При внедрении лапароскопической технологии возросла частота повреждений до 0,3-3%, а, по мнению некоторых авторов, до 2,6-3,5% [6].

Благодаря внедрению прецизионной техники наложения билиодигестивных анастомозов (БДА), использованию арелфлюксной изолированной по Ру петли тонкой кишки, применению алитогенного шовного материала, отказу от широкого использования каркасного дренирования результаты оперативного лечения заметно улучшились [1].

В тоже время, как показывает практика, даже при соблюдении всех вышеперечисленных условий, нет гарантии развития в последующем стеноза БДА [3].

Несмотря на определенные успехи в этой сложнейшей области желчной хирургии, результаты оперативного лечения ятрогенных повреждений желчных протоков до сих пор остаются малоудовлетворительными.

Цель работы: оптимизация хирургической тактики у больных со «свежими» ятрогенными повреждениями желчных протоков и улучшение результатов их лечения.

### Материалы и методы

Мы располагаем опытом хирургического лечения 57 больных с ятрогенными повреждениями желчных путей, за период с 1990 по 2011 гг., находившихся на лечении в хирургическом отделении ВОКБ №1.

Во время холецистэктомии, желчные протоки были повреждены в 55 случаях, во время резекции желудка в 2 случаях.

Мужчин было – 15, женщин – 42. Возраст больных варьировался от 19 до 86 лет (средний возраст – 52,5 года). Лишь у 7 больных (12,3%) повреждения были установлены во время операции. У 50 больных (87,7%) повреждения выявлены в сроки от 1 до 21 суток и позднее после операции.

Повреждения на уровне общего печеночного протока (ОПП) выявлены у 27 больных (42,3%), на уровне слияния долевых протоков – у 23 (44,3%), разрушение зоны слияния долевых протоков выявлено у 2 больных (3,8%) и повреждение дистального отдела общего желчного протока (ОЖП) было у 5 больных (9, 6%).

Клиническая картина ятрогенных повреждений в послеоперационном периоде развивалась в основном по трем вариантам. У 16 больных отмечено появление нарастающей желтухи, когда желчный проток был полностью или частично стенозирован (более чем на 1/3 от его диаметра). Наружное желчеистечение с - или без симптомов перитонита отмечено у 21 больного. Третьим вариантом было появление симптомов желчной гипертензии, развитие холангита, в отдаленные сроки после проведенных оперативных вмешательств. Такой вариант имел место при краевом повреждении желчных протоков лигатурой или клипсой (менее 1/3 диаметра протока) у 15 больных. Именно этим больным не проводилась первоначальная коррекция повреждений, т.к. удавалось консервативной терапией временно купировать явления холангита и желчной гипертензии.

Из 42 больных со «свежими» повреждениями протоков, 7 больным коррекция травмы протоков выполнена интраоперационно. 35 пациентов были оперированы в сроки от 1 до 21 суток, в зависимости от времени установления факта повреждения желчных протоков.

Характер оперативного вмешательства зависел от типа повреждения, времени, прошедшего с момента травмы, наличия или отсутствия хирурга, владеющего

опытом реконструктивных операций на желчных путях.

У 20 больных (47,6%), как первый этап, выполнено наружное дренирование желчных протоков. Они были повторно оперированы через 2-3 месяца с созданием гепатикоюноанастомоза (ГЕА) на изолированной по Ру петле тонкой кишки.

Восстановительные операции выполнены 10 больным (23,8%): ушивание краевого дефекта на Т-образном дренаже (4 больных), наложение билиобилиарного анастомоза (ББА) на Т-образном дренаже (5 больных), снятие лигатуры с ОПП (1 больной). Показаниями к восстановительным операциям явились краевое повреждение желчного протока не более чем  $\frac{1}{2}$  его диаметра, диастаз концов пересеченного желчного протока менее 10 мм. Сроки удержания Т-образного дренажа составляли от 6 до 8 месяцев.

Реконструктивные операции в объеме гепатикоюноанастомоза (ГЕА) на изолированной по Ру петле тощей кишки (длиной не менее 80 см), выполнены 12 больным (28,6%). У 5 больных данная операция была дополнена транспеченочным каркасным дренированием по Сейпол-Куриану. Дистальный конец дренажа выводился наружу через «слепой конец» приводящего отдела изолированной петли.

Если не использовался каркасный транспеченочный дренаж, обязательно проводилась декомпрессия зоны анастомоза, путем проведения дренажной трубки через «слепой конец» изолированной по Ру петли тонкой кишки к зоне анастомоза. «Слепой конец» ушивали кисетными швами на дренаже и фиксировали к париетальной брюшине в месте выведения дренажа (рис. 1).

### Результаты и их обсуждение

Из 10 больных, которым были выполнены восстановительные операции, у 3 больных (30%) сформировалась рубцовая стриктура: у 2 больных после наложения ББА и у 1 больного после снятия лигатуры с ОПП. Сроки формирования стриктур составили от 3 до 6 месяцев. Им в последующем были выполнены реконструктивные операции в объеме ГЕА на изолированной по Ру петле тощей кишки. У 4 больных после ушивания краевого дефекта желчного протока на Т-образном дренаже был отмечен хороший результат без признаков стриктуры. Сроки наблюдения за этими больными составили от 3 до 5 лет. У 2 больных после формирования ББА на Т-образном дренаже результат признан хорошим при сроке наблюдения 5 лет. Один больной после ушивания краевого дефекта умер в раннем послеоперационном периоде от тромбоза легочной артерии (ТЭЛА).

По-видимому, формирование стриктуры после ББА объясняется наличием натяжения между сшиваемыми концами пересеченного желчного протока и ишемизацией их стенок, малым диаметром сшивае-

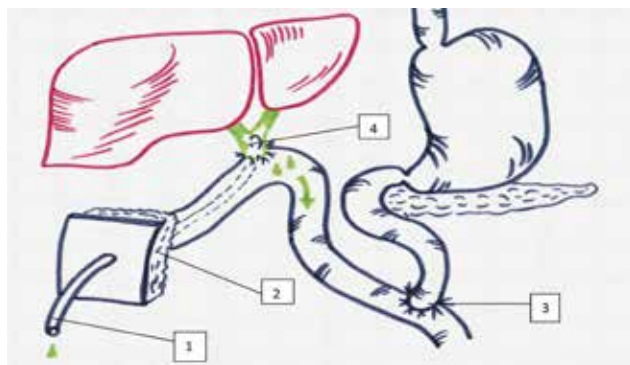


Рис. 1. Схема декомпрессии ГЕА с использованием «слепого конца» приводящего отрезка выключенной по Ру петли тонкой кишки: 1 - дистальный сегмент декомпрессионного дренажа; 2 - место фиксации «слепого конца» к передней брюшной стенке; 3 - энтеро-энтероанастомоз «конец в бок»; 4 - ГЕА.

мых концов протока, отсутствием алитогенного шовного материала.

После первичных реконструктивных операций из 12 больных у 6 (50%) в последующем сформировались рубцовые стриктуры. Сроки формирования рубцовой стриктуры составили от 1 года до 5 лет. Один больной умер от ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде. Лишь у 5 больных в отдаленном периоде (сроки от 3-5 лет), результаты были хорошими.

Неудовлетворительный результат первичных реконструктивных операций можно объяснить теми же причинами: наложение БДА с тонкостенным желчным протоком; подтекание желчи из линии швов билиодигестивного соустья (неиспользование декомпрессионного дренажа); отсутствие необходимого алитогенного шовного материала; неиспользование прецизионной техники формирования БДА; наложение ГЕА в условиях некупированного воспалительного процесса.

Таким образом, у 3 больных после восстановительных операций из 10, и у 6 из 12 больных после ранних реконструктивных операций результаты признаны плохими. Они были оперированы повторно при сформировавшейся стриктуре ГЕА. Летальные исходы в общей сложности имели место у 2 больных (4,8%).

### Выводы:

1. Подавляющее число ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков диагностируются в различные сроки после оперативных вмешательств.

2. Результаты ранних восстановительных и реконструктивных операций являются неудовлетворительными из-за частого формирования рубцовых стриктур в отдаленном периоде.

3. Более целесообразно выполнение «отсроченных» реконструктивных операций, как второго этапа оперативного лечения, после предварительного наружного дренирования желчных протоков и формирования наружного желчного свища.

4. При формировании ГЕА на изолированной по Ру петле тощей кишки считаем обязательным, осуществлять его декомпрессию через «слепой» конец,

изолированной по Ру петли тонкой кишки, для профилактики несостоятельности ГЕА, а при формировании стриктуры для ее возможной коррекции.

### Список литературы

1. *Борисов А.Е.* Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. В 2 томах. СПб, 2003; 558.
2. *Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чевокин А.Ю.* Лечение поврежденных внепеченочных желчных протоков, полученных при лапароскопической холецистэктомии. Хирургия 2001; 1: 51-54.
3. *Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Чевокин А.Ю., Гармаев Б.Г.* Причины развития, диагностика и хирургическое лечение стриктур долевых и сегментарных печеночных протоков. Хирургия 2005; 8: 64-70.
4. *Зюбина Е.Н.* Автореферат диссертации на соискание ученой степени д.м.н., Волгоград, 2008.
5. *Майстренко Н.А., Нечай А.И.* Гепатобилиарная хирургия. СПб, Спец. лит. 1999; 267.
6. *Lillemoe KD, Martin SA, Cameron JL, et al.* Major bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: follow-up after combined surgical and radiologic management. Ann. Surg. 1997; 225: 459-468.

Поступила 13.03.2012 г.

### Сведения об авторах

1. Рыбачков Владимир Викторович – д.м.н., проф., зав. кафедрой госпитальной хирургии Ярославской медицинской академии
2. Раздрогоин Владимир Александрович – к.м.н., главный внештатный хирург Вологодской области, хирург Вологодской областной клинической больницы №1
3. Герасимовский Николай Васильевич – зав. хирургическим отделением Вологодской областной клинической больницы №1
4. Кирилук Александр Антонович – врач-ординатор хирургического отделения Вологодской областной клинической больницы №1; e-mail: kiriluk35@mail.ru; e-mail: kiriluk35@mail.ru
5. Аносенко Сергей Анатольевич - врач-ординатор хирургического отделения Вологодской областной клинической больницы №1
6. Сайгушев Александр Викторович - врач-ординатор хирургического отделения Вологодской областной клинической больницы №1
7. Попов Александр Евгеньевич - врач-ординатор хирургического отделения Вологодской областной клинической больницы №1
8. Филатов Максим Сергеевич – зав. эндоскопическим отделением Вологодской областной клинической больницы №1
9. Шевердов Анатолий Петрович – зав. операционным блоком Вологодской областной клинической больницы №1