УДК: 616.367-089;616.361-072

Выбор хирургической тактики лечения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков во время операции и в послеоперационном периоде

А.А. Мамедов, Э.А. Алиева, З.Т. Ширинов,
Ф.С. Идрисов, Р.З. Эминов, З.Э.Намазова
Научно-хирургический центр им. Акад. М.А.Топчубашева, г.Баку

Адрес электронной почты автора: agaali.aliev@mail.ru

Açar sözlər: yatrogen zədələnmələr, qaraciyərxarici öd yollarının əməliyyatları, əməliyyatdan sonra
Ключевые слова: ятрогенные повреждения, операции внепеченочных желчных протоков, после операции
Key words: iatrogenic injuries, extrahepatic bile duct surgeries, postoperatively

Повреждение внепочечных желчных протоков (ВЖП) продолжает оставаться одним из наиболее грозных осложнений в гепатобилиарной хирургии. Как правило, травма протоков происходит во время операций на желчных путях, чаще всего при холецистэктомии, реже при операциях на желудке, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе.

Интерес к данной проблеме в последние десятилетия возрос в связи с широким внедрением в хирургическую практику малоинвазивных технологий: видеолапароскопии и минилапаротомии с элементами открытой лапароскопии. Частота повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП) при открытой холецистэктомии (ОХ) составляет 0,1-0,3%, но с внедрением лапароскопической холецистэктомии увеличилось до 0,4-3,5% [1,3,5,7]. В связи с этим многие исследователи отмечают, что характер ЯПЖП несколько изменился. Так, если при открытой холецистэктомии (ОХ) основными механизмами травмы являются пересечение, иссечение и лигирование, то при лапароскопической (ЛХЭ) к ним добавляются клипирование и диаметрический некроз стенки желчного протока [3,6,7].

Кроме того, факторами риска и причинами повреждения желчевыводящих путей особенно ВЖП большинство авторов считают анатомические нетипичное строение ВЖП, достигающий 34-47% [4,5,7].

Одним из несомненных факторов риска и причины ЯПЖП также является: воспалительные инфильтраты, перипанкреатический инфильтрат, рубцовые сращения у шейки желчного пузыря, вынужденные оперативные вмешательства в ночное время, синдром Миризи, где является срок выполнения ЛХЭ при остром холецистите, излишняя торопливость, ошибки и неопытность хирурга во время операции, именно при ЛХЭ, пренебрежное выполнение интраоперационной холангиографии, а также превышение рационального объема вмешательства в сложных ситуациях [2,5,7].

Немаловажное значение в хирургическом лечении «свежих» ЯПЖП независимо от метода операции имеет характер первичной патологии ЖКБ в обеих группах правильный выбор вариантов выполнения восстановительной операции, как во время операции, так и в послеоперационном периоде в зависимости от срока повреждения, уровня и от вида операции.

К сожалению, при остром холецистите часто при ЛХЭ 30-40% повреждений остается не замеченным. В таких случаях выбор вида восстановительных операций зависит не только от срока диагностики, но большое значение имеет правильный выбор рациональной тактики и виды реконструктивных восстановительных оперативных вмешательств.

Учитывая вышесказанное и актуальность данной проблемы наша тема работы посвящена разрешению этой проблемы.

Цель исследования уточнить более объективную программу обследования пациентов с ЯПЖП при разных сроках их выявления и обоснованность рациональных вариантов хирургических восстановительно-реконструктивных вмешательств.

Материалы и методы исследования. Анализированы результаты лечения. 58 пациентов с ятрогенным повреждением и стриктурой внепеченочных желчных протоков за период 2018-2024 годы. Повреждения в нашей клинике за этот период было у 5 (8,6%) пациентов, 53 (87,9%) больных поступили из других стационаров районных и частных клиник.

До поступления в нашу клинику у 28 (52,8%) пациентов по поводу ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков подверглись 2-3 и более различных хирургических вмешательств, после первичной операции ЯПЖП с осложнениями, в гепатобилиарной зоне.

Результаты этих операций, предпринятых у больных со «свежей» травмой желчных протоков (из выписки истории болезни), как правило были неудовлетворительными. Эти пациенты были направлены в сроки от 2 суток и более операций с типичными повреждениями (ЯПЖП) и/или стриктуры ВЖП: из них желтухой (11-20,7%), холангитом 18 (86%), желчным перитонитом 2 (3,7%), подпеченочным абсцессом 4 (7,5%), наружным желчным свищем 1(1,8%).

Основным видом оперативного вмешательства ставшей причиной травмы ЯПЖП у 53 больных, поступивших в нашу клинику при традиционном холецистэктомии (18 пациентов -33,9%), а при ЛХЭ (35 пациентов -60,0%).

Для выявления возможного повреждения желчных протоков на операционном столе, по характеру и уровню проводились визуальные, мануальные и рентгенологические исследования гепатикохоледоха, интраоперационную холангиографию.

Естественно, об уровне повреждения желчных протоков можно было судить только при «свежих» повреждениях, но больных, поступивших в нашу клинику со структурой желчеистечением, в поздние сроки после первичного и повторных операций судить с достоверностью об уровне блока и повреждения не предсталось возможным, поскольку чаще всего медицинская документация не содержала необходимой информации.

При поступлении в нашу клинику этим пациентам кроме биохимических лабораторных исследований мы включили инструментальные методы исследования УЗИ, ЭРХПГ, МРХПГ – полученные результаты инструментального исследования перечисленных методов, для выявления ЯПЖП являются достаточно надежными, но наиболее информативностью и безопасностью обладала МРХПГ – чувствительность которой при обследовании составляло 94,4%, специфичность 92,8%, общая точность 93,7%.

Как видно из полученных результатов инструментальных исследований МРХПГ является наиболее высокоинформативным неинвазивным методом диагностики повреждений и рубцовых структур внепеченочных желчных протоков, который имеет ведущее значение для визуализации стриктур результатов восстановительных операций на желчных протоках после их травмы во время холецистэктомии.

Из 53 пациентов поступивших в нашу клинику повреждений ВЖП был диагностирован во время первичной операции на операционном столе – у 20 (37,7%) пациентов, в раннем послеоперационном периоде, на 2-5 сутки у 19 (35,8%) пациентов, где повреждения были не замечены хирургами у 14 (26,4%) после повреждения ВЖП диагностирована стриктура и наружные желчные свищи в отдаленном послеоперационном периоде.

Повреждения желчных протоков, случившихся в нашей клинике на операционном столе диагностированы у 5 (8,9%) пациентов, из них: ЛХЭ – в 4 случаях (80%), при традиционном ХЭ у 1 (20%) пациента. Из 4-х пациентов высокое повреждение без конфлюенса у 1-го пациента (25%), среднее повреждение ОЖП у 2-х пациентов (50%), а 1-го (25%) пациента низкое повреждение. При традиционном ХЭ было у 1(20%) пациента высокое повреждение холедоха.

Травма в нашей клинике был установлен по наличию желчеистечения, визуальной оценке состояния холедоха. При ЛХЭ, при подозрении на травму мы выполняли конверсию с последующим ревизием желчных протоков.

Результаты и обсуждения. При выборе лечебной тактики и характера хирургических вмешательств учитывали сроки диагностики, тяжесть состояния больных, вид, уровень и характер ЯПЖП, количество предшествовавших оперативных вмешательств и сроков коррекции.

Из 58 пациентов у 5-ти пациентов получившей травму холедоха в нашей клинике выявленные во время ЛХЭ, были выполнены: во первых самое важное мы перешли на конверсию (ОХЭ): после выявления уровня травмы: высокой травмы без повреждения конфлюенса печеночных протоков после иссечения поврежденного края холедоха наложена ГЕА на отключенный по Ру петле тощей кишки без стендирования. У 3 (60%) пациентов со средней и низкой повреждением ОЖП наложен

холедохоеэноанастомоз по Ру на отключенной петле тощей кишки (80 см). В раннем отдаленном периоде у этих пациентов осложнений не выявлены.

Больные поступившие в нашу клинику с ЯПЖП после проведенной первичной операции по месту жительства и повторных операций в различных частных клиниках: где у 12-ти (29,5%) пациентов был наложен ГДА, где после повторной операции наблюдалась рецидивирующий холангит, стеноз анастомоза. В нашей клинике этим больным после предоперационной консервативной терапии выполнена ГЕА на отключенной Ру петле, без стендирования, 9-ти (17,3%) пациентам до поступления в нашу клинику при повторной операции после первичного повреждения был наложен ББА, где послеоперационный период осложнился стриктурой протока с выраженной желтухой. Этим пациентам в нашей клинике после подобающего консервативного лечения были подвергнуты повторному оперативному вмешательству- с наложением ГЕА на отключенном по Ру петле без стендирования. У двух (22%) после операции наблюдалось желчеистечение по контрольному дренажу, которая самостоятельно остановилась на 15 сутки после операции.

У 2-х больных (93%) из 9-ти в отдаленном периоде выявлен стеноз конфлюенса, из-за спаечного процесса и невозможности наложения ГЕА – больные были направлены в специализированный стационар другой страны для наложения транспеченочного дренирования. О судьбе этих больных нет сведений из-за отсутствия связи с пациентом.

2-е пациентов повторно оперированные на желчных протоках, после попытки восстановительных реконструктивных операций на фоне перитонита, в тяжелом состоянии они поступили в нашу клинику. У нас пациентам выполнена двухэтапная операция: первый – санация брюшной полости и дренирование, через 2-3 месяца после затихания перитониального симптома и возможности состояния пациента выполнены ГЕА на отключенном Ру петле без стендирования. Один больной умер в следствии продолжающей интоксикации.

Анализируя ближайшие и отдаленные результаты лечения ЯПЖП мы пришли к выводу:

1. Современные методы лабораторных, биохимических, инструментальных исследований применяемые для диагностики повреждения ВЖП в интраоперационном и послеоперационном периоде: УЗИ, интраоперационная холангиография, ЭРХПГ являются достаточно надежными, но наибольшей информативностью и безопасностью обладает МРХПГ, чувствительность которой составляло 94,4%, специфичность 92,8%, общая точность 93,7%.

2. Выполнение восстановительной операции при полном и краевом первичном повреждении ОЖП, как интраоперационном, так и в послеоперационном периоде в виде формирования ББА при любом механизме повреждения и диаметра ОЖП не оправдано в связи его рубцеванием, вследствие нарушения кровоснабжения анастомозирующего участка ОЖП. Целесообразно выполнять ГЕА на короткой отключенной петле Ру без стендирования, так как на каркасном дренаже по литературным данным в отдаленном периоде дренаж закупоривается желчными камнями, где осложняется механической желтухой, но по результатам наших наблюдений где выполнены ГЕА по Ру на отключенной петле без дренажа, из-за антирефлюксной способности предотвращается в отдаленном периоде холангита, механической желтухи, стеноза.

3. В зависимости от уровня повреждения ОЖП – при средних и низких повреждениях наложение холедохоеюноанастомоза (ХЕА) на короткой отключенной петле Ру тощей кишки без стендирования (до 80 см) дает хорошие результаты, а ХДА из-за рефлюкса отброса содержимого 12 перстной кишки в холедох, осложняется холангитом, желтухой, стенозом.

4. При желчном перитоните в следствие ЯПЖП оптимальный двухэтапный метод лечения: первый этап – наружное дренирование ВЖП и брюшной полости с ликвидацией перитонита, второй этап – реконструктивная операция основным которая является ГЕА по Ру на отключенном петле без дренажа, в зависимости от уровня ликвидации травмы и стриктуры.

5. Реконструктивные и восстановительные операции, как завершающий этап оперативного лечения ЯПВЖП и стриктур ВЖП должен выполняться хирургом высокой профессиональной компетенции в полости гепатобилиарной хирургии.

Подытоживая вышесказанное и анализируя опыт коллег и нашей клиники, мы считаем, что при средней и низкой повреждение уровня ОЖП безусловно хорошие результаты дает первичные и поздние наложения холедохоеюноанастомоза на отключенном Ру петле тощей кишки (до 80 см), обладающий антирефлюксной способностью. При травме ВЖП с осложнением не зависимо от уровня склерозирования желчных протоков наложении ГЕА на короткой (отключенной) петле по Ру

тощей кишки без дренирования дает удовлетворительные и хорошие результаты в ближайшем и отдаленном периоде.

Реконструкция при повреждении ВЖП как завершающий этап оперативного лечения должны выполняться хирургами имеющий опыт и высокий профессионализм компетенции области гепатобилиарной хирургии и возможность полноценной диагностики и качества его лечения данного контингента пациентов.

В стационаре, где такая возможность отсутствует можно рекомендовать наружное дренирование протоков как первый этап с последующей срочной госпитализацией в специализированное лечебное учреждение для дальнейшего хирургического реконструктивного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев А.К. Диагностика и лечение ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков. Автореферат на соиск. уч. степ. к.м.н. Санкт-Петербург, 2016, с.10-17.
2. Бражникова Н.А. Непосредственные результаты коррегирующих операций повреждений ЖП при холецистэктомии. Сибирский гос. мед. Университет, г.Томск. Бюллетен Сибирской Медицины, том 1 (2012), с.141-149.
3. Вафин А.В., Айдемиров А.Н., Делибатов К.И. Особенности диагностики и хирургического лечения «свежих» ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков. Медицинский вестник Северного Кавказа. №3, 2012, с.40-48.
4. Давлатов С.С., Рахманов К.Э. Тактика введения больных желчеистечением после холецистэктомии. //Вопросы науки и образования. №18 (27), 2020, с.126-190.
5. Емельянов С.И. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков. //С.И.Емельянов, Д.Н.Панченков, С.А.Мамалыгина. //Анналы хирур. гепатологии. 2005, №3, с.55-*61.
6. Кательникова Л.П., Бурнышев И.Г., Тришников Д.В. Результаты хирургического лечения повреждений внепеченочных протоков. Corpus: İD225996088. Журнал 2020, том XXXVII, №2, с. 63-71.
7. Мастренко Н.А., Ромашенко П.Н., Прядко А.С., Алиев А.К. Совершенствование классификаций ятрогенных желчных протоков и особенности хирургической тактики. Санкт-Петербург. ВУЗ. Военно-медицинская академия им. С.М., 23 марта 2016 г.
8. Рыбачков В.В., Медведев А.М., Роздрогин В.А., Кирилюк А.А. Хирургическое лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчных путей ятрогенного повреждения. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова. 2013, т.3, №1, с.29

Xülasə

Əməliyyatlar zamanı və əməliyyatlardan sonrakı dövrdə qaraciyərdən kənar öd yollarının yatrogen zədələnməsi və müalicəsi üçün cərrahi taktika seçimi

E.A. Əliyeva, A.A. Məmmədov, Z.T. Şirinov, F.S. İdrisov, R.Z. Eminov, Z.E. Namazova

Yuxarıdakıları ümumiləşdirərək klinikamızın və həmkərlarımızın təcrübəsini təhlil edərək hesab edirik ki, ümumi öd axarının səviyyəsinin orta və aşağı dərəcə zədələnməsi ilə ümumi axarının anastomoza ilkin və sonrakı tətbiq edilməsinin şübhəsiz anti-reflüks qabiliyyətinə malik olan və stend qoyulmadan təcrid edilmiş Ru ilgəyi üzərində xoledoxoyeyunoanastomozun qoyulması müsbət nəticələr əldə etmək olar. Qeyri-qaraciyər öd yollarının yuxarı səviyyəsinin zədələnməsi zamanı, və öd yollarının fəsadlaşan sklerozun səviyyəsindən asılı olmayaraq stend qoyulmadan təcrid edilmiş Ru ilgəyi üzərində hepatikoyeyunoanastomozun qoyulması yaxın və uzaq əməliyatlardan sonrakı dövrdə müsbət və yaxşı nəticələr əldə etmək olar. Qaraciyər və öd yollarının rekonstruksiya və bərpası, cərrahi müalicənin son mərhələsi kimi hepatobiliar cərrahiyyə sahəsində yüksək peşəkar kompetensialı və təcrübəyə malik cərrahlar tərəfindən aparılmalıdır və xəstə əhalisinin tam diaqnostika və keyfiyyətli müalicəsi imkanı bu qrup xəstələrdə əldə olunmalıdır. Əgər bu imkanın mövcud olmadığı bir xəstəxanada ilk mərhələ kimi öd yolların xarici drenaj edilməsi tövsiyyə oluna bilər, daha sonra cərrahi rekonstruktiv müalicə üçün ixtisaslaşdırılmış tibb müəssisələrində təcili xəstəxanaya yerləşdirilməlidir.

Summary
Choice of surgical tactics for the treatment of iatrogenic injuries of the extahepatix bile ducts during surgery and in the postoperative period
E.A. Aliyeva, A.A. Mamedov, Z.T. Shirinov, F.S. Idrisov, R.Z. Eminov, Z.E. Namazova

Summing up the above and analyzing the experience of colleagues and our clinic, we believe that with medium and low part's damage of the common bile duct, of course, good results are given by primary and late anastomosis by Roux-en-Y on a disconnected loop with antireflux ability. In case of trauma to the extrahepatic bile duct with complications, regardless of the level of sclerosis of the bile ducts, a gastrojejunal anastomosis on a short disconnected Roux-en-Y loop without drainage gives satisfactory and good results in the immediate and late postoperative period. Reconstruction of damage to the extrahepatic bile ducts, as the final stage of surgical treatment, should be performed by surgeons with high experience and professional competence in the hepatobiliary surgery and the ability to fully diagnose and provide high-quality treatment for this group of patients. In a hospital where such a possibility is not available, external drainage of the damaged bile duct can be recommended as the first stage, followed by urgent hospitalization in a especially specialized medical institution for further surgical reconstructive treatment.

Daxil olub: 14.11.2024