

РЕКОНСТРУКТИВНО - ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ НА ФОНЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Кодиров Ш.Н., Йулдошев А.А., Кодиров М.Ш.,

Андижанский государственный медицинский институт, ЦРБ Андижанского района.

✓ Резюме

В статье представлен анализ хирургического лечения 41 больных с ятрогенными травмами внепеченочных желчных путей и наружными желчными свищами, обусловленными ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков. Причинами образования структур и наружных желчных свищей явились интероперационные повреждения при холецистэктомии (85,3 %), резекции желудка (5 %) и эхинококкэктомии (9,7 %). У 41 больного с ятрогенными повреждениями на фоне механической желтухи были предприняты различные хирургические методы и представлены результаты лечения.

Ключевые слова: внепеченочные желчные протоки, наружный желчный свищ, ятрогенные повреждения, рубцовые структуры.

ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ ЎТ ЙЎЛЛАРИНИНГ ЯТРОГЕН ШИКАСТЛАНИШИДАГИ МЕХАНИК САРИҚЛИК ФОНИДА РЕКОНСТРУКТИВ-ТИКЛОВЧИ ЖАРРОХЛИК ТАКТИКАСИ

Кодиров Ш.Н., Йулдошев А.А., Кодиров М.Ш.,

Андижон давлат тиббиёт институти,
Андижон туман Тиббиёт марказий шифохонаси.

✓ Резюме

Мазкур мақолада ўт йўлларининг ятроген шикастланишидан келиб чиққан ўт йўлларининг ятроген шикастланиши ва ташқи ўт оқма яралари билан хасталанган 41 нафар беморнинг хирургик даволаш натижалари ўрганилган. Ўт йўллари структурасини келтириб чиқарувчи сабаблар, бу холецистэктомия (85,3 %), меда резекцияси (5 %), эхинококкэктомия (9,7%) ташкил қилади. Бу 41 та беморда қўлланилган жаррохлик амалиёти усуллари ва уларнинг натижалари кўрсатилган.

Калит сўзлар: Жигардан ташқари ўт йўллари, ташқи сафроли оқма, ятроген шикастланиш, чандиқли торайиш.

RECONSTRUCTIVE SURGICAL TACTICS FOR IATROGENIC INJURIES OF EXTRAHEPATIC BILE DUCTS ON THE BACKGROUND OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE.

Kodirov Sh.N., Yuldoshev A.A., Kodirov M.Sh.,

Andijan State Medical Institute, Central Regional Hospital of Andijan District.

✓ Resume,

The article presents the analysis of surgical treatment of 41 patients with iatrogenic injuries of the extrahepatic bile ducts and external bile fistulas due to iatrogenic injuries of the extrahepatic bile ducts. The causes of the formation of structures and external biliary fistulas were interoperative injuries in cases of cholecystectomy (85.3%), gastric resection (5%) and echinococcectomy (9.7%). Methods used in surgical procedures and their results in 41 patients with iatrogenic injuries have been presented.

Key words: extrahepatic bile ducts, external biliary fistula, iatrogenic injuries, cicatricial structures.

Актуальность

Рост заболеваемости желчнокаменной болезнью привел к значительному возрастанию числа выполняемых хирургических вмешательств. В настоящее время операции на внепеченочных желчных путях выполняются в большинстве лечебных учреждений хирургами различного уровня квалификации. Это неизбежно сопровождается увеличением частоты всевозможных осложнений, в том числе и ятрогенных травм, являющихся причиной образования рубцовых структур внепеченочных желчных протоков [2,4].

В связи с появлением и освоением современных технологий в хирургической гепатологии, вопросы диагностики и лечения ятрогенных травм внепеченочных желчных путей и наружных желчных свищей при-

обрели еще большую актуальность [1,3]. В последние годы ятрогенные осложнения гепатикохоледохы возникают в связи с широким распространением лапароскопической холецистэктомии, особенно на этапе освоения этой методики. Так если, часто ятрогенное повреждение желчных протоков было стабильным в последнее десятилетие и составляла 0,05 -0,2 %, что с применением лапароскопической холецистэктомии она выросла до 0,3 -3% (3. 5).

Наряду с обширной литературой, посвященной изучению реконструктивной гепатобилиарной хирургии, приходится констатировать, что очень многие вопросы в этом направлении далеко не решены, а некоторые из них вообще находятся в малоизученном состоянии. Особенно это относится к ятрогенным травмам внепеченочных желчных путей [6].

В реконструктивной хирургии желчевыводящих путей наметился серьезный прогресс, связанный, прежде всего с активным внедрением современных методов диагностики и рентгеноэндovasкулярной хирургии, применением прецизионной технологии и биоматериалов [3,7]. Однако, несмотря на это, реконструктивные операции на желчных протоках в 4,5 - 25 % случаев сопровождаются развитием сужений наложенных билиодигестивных и билио - билиарных анастомозов [6], эти результаты реконструктивных операций и приводят к усугублению тяжести состояния пациентов.

Современные технологии вызывают наибольший интерес в последнее время представляющие малоинвазивные методы восстановления желчеоттока и, в первую очередь, эндоскопическое вмешательство. Несмотря на новейшие технологии в некоторых случаях приходится применять традиционные методы ликвидации ятрогенных повреждений [2,5].

Цель исследования. Целью настоящего исследования является анализ результатов хирургического лечения ятрогенных травм внепеченочных желчных путей.

Материал и методы

Нами проанализированы с 2000 по 2019 г результаты повторных реконструктивных операций 41 больного в возрасте от 20 до 74 лет, поступивших в различные сроки из других лечебных учреждений (13 мужчин и 29 женщин). Повреждение желчного протока произошло при традиционной холецистэктомии (14), лапароскопической холецистэктомии (21), эхинококэктомии (4) и резекции желудка (2). Все больные поступили с механической желтухой различного уровня желчных интоксикаций. Уровень билирубина (48 - 360 ммол/л) у 4 больных с наружными желчными свищами, 7 больных с холангитом, 1 больного с камнями внепеченочного и внутрипеченочных протоков.

Всем больным проводили комплексное инструментальное исследование (биохимические анализы, УЗИ для определения состояния внутрипеченочных и внепеченочных желчных ходов, компьютерная томография). Наиболее информативной является ретроградная панкреатохолангография (ЭРПХГ). При наличии желчных свищей для уточнения характера патологии и выбора тактики вмешательства также необходима позиционная фистулография.

Из 41 больных, при выполнении ЭРХПГ у 37 больных произведена последующая эндоскопическая папиллосинктератомия (ЭПСТ). Контрольная ЭРХПГ после ЭПСТ произведена всем больным.

Перевязка и прошивание общего желчного протока на уровне пузырного протока выявлены у 26 больных. Рубцовые структуры и дефекты на уровне ворот печени у 4 больных, на уровне гепатикохоледа у 6 больных и проксимального отдела холеда у 5 больных.

При неполной окклюзии внепеченочных желчных протоков ЭРПХГ позволило получить полную информацию о состоянии всего билиарного дерева, а при полном блоке контрастировался лишь дистальный отрезок холеда. У 4 больных внутрипеченочные желчные протоки контрастировались через наружный желчный свищ.

В анализируемом материале у 41 больного после различных манипуляций желчевыводящих путей, пришлось произвести повторно хирургические вмешательства и сложные реконструктивные операции.

После соответствующей предоперационной подготовки больных объем хирургического вмешательства определяли после тщательной ревизии желчных протоков, определения уровня и протяженности структуры. Восстановление проходимости гепатикохоледа и пассажа желчи в кишечнике у 7 больных было обеспечено циркулярным швом на дренаже. Диастаз между поврежденными концами гепатикохоледа и хорошая мобилизация наиболее способствовали сшиванию концов протока без натяжения. У 34 больных выполнены различные варианты реконструктивных операций. Предпочтение отдавалось холедоходуаденоанастомозу (ХДА) у 4 и гепатикоеюноанастомозу (ГЕА) у 5 больных. При высоких повреждениях выполняли гепатикоэнтероанастомоз на включенной петле по Ру у 7 больных, гепатикоэнтероанастомоз с межкисечным Браунским анастомозом у 11 больных. В редких случаях накладывали анастомоз конец к концу с оставлением внутри анастомоза стэнда у 3 больных.

При проксимальных структурах для надежного формирования анастомоза пользовались наружным дренированием по Фелькеру (6). Один больной направлен в республиканский специализированный центр для дальнейшего хирургического лечения по поводу камней внутрипеченочных протоков.

Из 41 больных оперированных повторно по поводу интраоперационных повреждений желчных протоков, осложнения отмечены у 6 больных, кровотечения острых язв желудка у 1, несостоятельности швов анастомоза у 4, повторная структура анастомоза у 1, из них 2 больных умерли. Причиной смерти были несостоятельности анастомозов и продолжающийся перитонит, печеночно - почечная недостаточность на фоне тяжелой интоксикации (больной поступил через 34 дня после начала механической желтухи) при гнойном холангите (1).

Вывод

Таким образом, реконструктивно - восстановительная хирургия ЯТВПЖП представляет большие сложности. Выбор вида реконструктивных и восстановительных операций зависит от многих факторов, среди которых выделяются уровень расположения повреждения, его форма и причина возникновения (клипирование или ушивание), характер сопутствующей патологии. Опираясь на результаты комплексной дооперационной диагностики, хирург тщательно взвешивает показания или противопоказания к тому или иному методу вмешательства, которое создает перспективы для улучшения результатов лечения такой сложной патологии как ятрогенные травмы внепеченочных желчных протоков и наружные желчные свищи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агаев Б.А., Атаев Р.М., Наврузов Ш.А. Новые направления в реконструктивно-восстановительной хирургии желчных протоков. //Книга. Материалы 10 Юбилейной международной конференции хирургов гепатологов. 2003 г. М. стр.76.

2. Вахидов В.В., Алтиев Б.К. Повторные оперативные вмешательства при ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных протоков. Вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. //Тез. Доклад. Респ.конф. (12-13 октября 1994 г) г Ташкент с 154-155.
3. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Дюжева Т.Г., Чековин А.Ю. Дренаж в реконструктивной и восстановительной хирургии желчных протоков: прошлое, настоящее, будущее. //Материалы межд. Конф. Вахидовские чтения, Ташкент 2005. С 27-36.
4. Малярчук В.И., Климов А.Е., Пауткин Ю.Ф., Иванов В.А. К вопросу о хирургическом лечении ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков. // М-лы 10 Юбилейной международной конференции хирургов гепатологов 2003 г.г. Москва с 102.
5. Партной Л.М., Денисова Л.Б., Уткина Е.В. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография: ее место в диагностике болезней гепатопанкреатодуоденальной области. //Вестник рентгенол радиол 2001.с 14-24.
6. Стрельников Е.В., Кочуков В.П., Заркуа В.В., Жилин О.В. Результаты транспапиллярных и лапароскопических методов паллиативного лечения больных механической желтухой опухолевого генеза. //Рос мед.биол. вести 2004. С 143-150.
7. Padillo F.J., Gallardo J.M., Naranjo A. et al. Changes in the pattern of visceral proteins after internal biliary drainage in patients with obstructive jaundice. //Eur J Surg 1999.Vi 65. P 550-555.

Поступила 09.09.2020