ПРОФИЛАКТИКА МЕСТНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ

© Демко Андрей Евгеньевич, Ульянов Юрий Николаевич, Осипов Алексей Владимирович

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.
192242, Санкт-Петербург, Будапештская ул., д. 3

E-mail: doctor47@inbox.ru

Ключевые слова: повреждение желчных протоков; гепатикоеюноанастомоз; экспозиция зоны анастомоза; сменный транспеченочный дренаж; формирование соустья.

ВВЕДЕНИЕ

Повреждения желчных протоков во время хирургических вмешательств – не частая, но опасная травма, которая встречается в 0,3 – 0,9% случаев. В период освоения лапароскопических операций, такие повреждения наблюдаются значительно чаще. Полное пересечение или иссечение части магистрального желчного протока, а также термическое его повреждение при ЛХЭ с развитием стриктуры, требуют реконструктивной операции – формирования гепатикоеюноанастомоза. Для профилактики стенозирования гепатикоеюноанастомоза было предложено использование каркасного чреспечёночного сменного дренажа. Несмотря на совершенствование хирургической техники и используемых материалов, такие операции часто дают неудовлетворительные результаты, в виде: стриктуры билиодигестивного соустья, частых обострений хронического холангита, возникновения холангиогенных абсцессов и цирроза печени, инвалидизации больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Улучшение результатов лечения повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков, путём выявления причин билиарных осложнений, связанных с формированием гепатикоеюноанастомоза, и их предупреждение в ходе дальнейшей работы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выявления причин данных осложнений был проведен ретроспективный анализ 22 историй болезни пациентов, которым были выполнены реконструктивные вмешательства на желчных протоках с использованием сменного транспечёночного каркасного дренирования (за период 2002–2012 гг.). Данный метод имеет ряд существенных недостатков: вспышки хронического холангита, холангиогенные абсцессы печени, смещение и выпадение дренажных трубок, длительная инвалидизация оперированных больных. Возможными причинами осложнении могли быть следующие:

1. Хирургические вмешательства проведенные в условиях уже возникшего инфекционного процесса в желчных протоках или подпечёночного пространства;
2. Длительное использование транспечёночного дренажа без надлежащего за ним ухода;
3. Недостаточная ширина билиодигестивного соустья;
4. Использование несоответствующего шовного материала и техники формирования анастомоза;
5. Несостоятельность гепатикоэнтероанастомоза (выделение желчи по контрольному дренажу);
6. Недостаточная длинна отводящей петли подвздошной кишки.

С учётом указанных причин были сформулированы требования, которые необходимо соблюдать при выполнении реконструктивной операции на желчных путях:

1. При наличии механической желтухи и холангита, показана ЧЧХС и купирование возникших осложнений; гнойный процесс в подпечёночном пространстве является противопоказанием для формирования гепатикоеюноанастомоза;
2. Если ширина билиодигестивного соустья составляет 1,5–2,0 и более сантиметров, то каркасное дренирование не требуется. Если размер анастомоза менее 1,5 см и имеются другие неблагоприятные условия его формирования (рубцовый процесс в

воротах печени, плохая экспозиция зоны операции, недостаток обеспечения и квалификации и др.), показано сменное каркасное чреспечёночное дренирование зоны анастомоза сроком на 2 года. Дренаж заменяется через каждые 2–3 месяца, при ежедневном промывании его раствором фурацилина или используется трубка без боковых отверстий (С.Ф. Багненко, А.Ю. Корольков).

3. Анастомоз накладывается рассасывающейся монофиламентной нитью – викрил 3,4,5-0, на атравматичной игле, с захватом всех слоёв протока и кишки, одиночными или непрерывным швом. Избыток слизистой кишки иссекается по краю окна анастомоза. Дренажная трубка вводится в проксимальные отделы желчевыводящих путей (или сохраняется ЧЧХС) на ранний послеоперационный период – отёк анастомоза, устранение билиарной гипертензии, выполнение контрольной холангиографии. На 8–10 сутки такой дренаж может быть удалён.
4. Длительное выделение желчи по подпечёночному дренажу свидетельствует о негерметичности гепатикоэнтероанастомоза, что задерживает репаративные процессы и несёт угрозу стенозирования. Часто желчеистечение прекращается как только восстановится перистальтика кишечника. Дренажные трубки не должны находиться в непосредственной близости от анастомоза.
5. Петля подвздошной кишки, предназначенная для билиарного анастомоза, должна быть длинной не менее 1 м, что предупреждает энтеральную гипертензию и заброс кишечного содержимого в желчные протоки.

РЕЗУЛЬТАТЫ

За последние 5 лет прооперированы 10 больных с травмой внепечёночных желчных протоков и получены благоприятные ближайшие и отдалённые результаты.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическое лечение повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков должно предусматривать: хорошую экспозицию зоны операции; создание широкого окна для анастомоза (не менее 1,5 – 2,0 см); использование рассасывающихся нитей; кратковременное дренирование желчных протоков; длину отводящей петли подвздошной кишки не менее 1 м. Такие условия позволяют рассчитывать на благоприятный исход реконструктивной операции. Использование сменного транспечёночного дренажа показано в особых неблагоприятных для формирования билиодигестивного анастомоза случаях (повторные операции, высокий уровень повреждения, рубцовые изменения в протоках, невозможность создать достаточную площадку для анастомоза и др.).