

М.М. Винокуров, В.В. Игнатьев

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА*Мединститут Северо-Восточного Федерального университета им. М.К. Амосова (Якутск)*

Интраоперационные повреждения магистральных желчных протоков остаются грозным осложнением как в хирургии билиопанкреатодуоденальной зоны, так и в абдоминальной хирургии в целом. Частота интраоперационных повреждений гепатикохоледоха составляет, по данным разных авторов, 0,09 – 3,0 % всех операций на органах брюшной полости. Повреждения желчных протоков чаще всего происходят при холецистэктомии, реже – при операциях на желудке, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе. Лапароскопические холецистэктомии сопровождаются достоверным увеличением частоты повреждений гепатикохоледоха по сравнению с традиционными операциями. Одной из главных причин, приводящих к повреждениям, являются тактические и технические ошибки. Основными причинами повреждений гепатикохоледоха при холецистэктомии является наличие инфильтрата в области шейки желчного пузыря, плохо контролируемое кровотечение во время операции, наличие пузырно-холедохеального свища, аномальное расположение пузырного протока и артерии. Предпосылкой к повреждению гепатикохоледоха является сочетание узкого общего желчного протока с коротким пузырным протоком. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) вызвала рост повреждений желчных протоков, характерный для периода освоения метода и накопления опыта. Причины повреждений протоков при лапароскопической холецистэктомии такие же, как и при открытой операции. Специфическим осложнением является лишь термическое повреждение стенки общего желчного и правого печеночного протоков, которое проявляется развитием стриктуры через 3 – 4 месяца после операции.

Цель исследования: изучить причины интраоперационных повреждений гепатикохоледоха, их частоту, определить оптимальную оперативную тактику, меры предосторожности для предупреждения данного осложнения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В хирургическом отделении Республиканской больницы № 2 – Центра экстренной медицинской помощи за 5 последних лет (с 2007 по 2011 гг.) лечилось 19 больных с повреждениями холедоха. Все повреждения выявлены во время или после традиционной или лапароскопической холецистэктомии. Из них направлено из районных больниц 10 больных, у 9 больных повреждение случилось в нашем отделении во время операций по поводу острого калькулезного холецистита. Возраст больных – от 34 до 65 лет. Женщин было 14, мужчин – 5.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Типы повреждений гепатикохоледоха, встречавшиеся в нашем исследовании: полное пересечение холедоха – 12, краевое пересечение холедоха – 1, полное пересечение гепатикохоледоха – 1, перевязка холедоха – 3, коагуляция стенки холедоха – 1, клипирование холедоха – 1 случай.

Полное пересечение холедоха было выявлено в 3-х случаях во время лапароскопической холецистэктомии в нашем отделении. В данном случае имела место техническая погрешность во время выделения и идентификации элементов треугольника Кало. Правильной идентификации мешали инфильтрация в области шейки желчного пузыря, а также недостаточный опыт хирургов. В нашей клинике лапароскопическая холецистэктомия относительно недавно внедрена в повседневную практику. 9 больных с данным повреждением поступили в нашу больницу из районных больниц с клиникой желчеистечения после традиционных холецистэктомий «от шейки». В этих случаях был наложен первичный гепатико-еюноанастомоз на длинной петле по Брауну. Узловые однорядные швы выполнялись премиленом 5-0. У одной больной имела место несостоятельность анастомоза, в связи с чем, было проведено наружное дренирование холедоха, затем она была переведена на реконструктивную операцию в хирургическое отделение Республиканской больницы № 1.

Полное интраоперационное пересечение гепатикохоледоха наблюдалось у больной с острым калькулезным холециститом. Во время традиционной холецистэктомии в нашей клинике произошло пересечение в области ворот печени. В данном случае сразу был наложен бигепатико-еюноанастомоз. Однако, в данном случае в связи со сдачей анастомоза, больной было проведено наружное дренирование холедоха с отсроченной реконструктивной операцией.

Больной с краевым ранением холедоха был оперирован в нашей больнице – во время лапароскопической холецистэктомии произошло ранение холедоха на $\frac{1}{4}$ диаметра. После конверсии произведена холецистэктомия и ушивание раны холедоха на Т-образном дренаже. Шовный материал – премилен 5-0.

3 больных с перевязкой холедоха были доставлены из районных больниц с картиной механической желтухи после традиционной холецистэктомии «от шейки». Тактика – гепатико-еюноанастомоз.

В 10 случаях из 19 мы применяли гепатико-еюноанастомоз в модификации Benjamin: через гепатико-холедох в правый печеночный проток устанавливали силиконовую трубку диаметром 3 мм, затем через отводящую петлю тощей кишки выводили наружу в виде подвесной еюностомы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При традиционной холецистэктомии гораздо предпочтительнее удалять пузырь от дна. Особенно это касается молодых хирургов. При данном способе число повреждений холедоха практически равно нулю.

При лапароскопической холецистэктомии в случае обнаружения плотного инфильтрата в области шейки пузыря, неясной анатомии гепатодуоденальной зоны лучше перейти на широкую лапаротомию.

При полном повреждении гепатикохоледоха операцией выбора является наложение гепатикоюноанастомоза на отключенной по Брауну или Ру петле. Для повышения надежности анастомоза предпочитаем гепатикоюноанастомоз в модификации Venjamin.

При повреждении холедоха во время операции, когда нет соответствующих условий для наложения первичного анастомоза, мы предпочитали наружное дренирование холедоха с последующей отсроченной (через 3–4 месяца) реконструктивной операцией.

Для предотвращения повреждения желчных протоков при холецистэктомии необходимо соблюдать ряд правил: при возникновении сложностей во время операции необходимо добиться хорошего обзора за счет увеличения разреза; до пересечения пузырного протока нужно видеть не только холедох, но и обязательно общий печеночный проток; при кровотечении нельзя накладывать вслепую кровостанавливающий зажим, а нужно пережечь печеночно-двенадцатиперстную связку, осушить рану и, ослабляя пережатие связки, зафиксировать место повреждения сосуда.

Т.А. Вихерт, А.М. Зудин, О.Ю. Атьков

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЯХ

Центральная Клиническая Больница им. Н.А. Семашко ОАО «РЖД» (Москва)

Цель работы: оценить диагностические возможности ультразвукового дуплексного сканирования, примененного у пациентов с окклюзионно-стенотическими заболеваниями периферических артерий во время планирования эндоваскулярных вмешательств, во время и после их проведения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 52 пациента в возрасте 51–79 лет (средний возраст $59 \pm 6,15$ года). Мужчин было 43 (83 %), женщин – 9 (17 %). Всем больным выполнялось дуплексное сканирование периферических артерий на аппарате Унисон 2-03 (Россия) с помощью линейного датчика с частотой 7,5 МГц во время эндоваскулярных вмешательств, до и после. Для качественной оценки положения, локализации и структурных особенностей стента использовали В-режим, для оценки его проходимости применяли режим цветового доплеровского картирования в сочетании с данными спектра доплеровского сдвига частот.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 34 (65 %) пациентов было выявлено стеноокклюзирующее поражение сонных артерий, у 18 (35 %) – поражение бедренно-подколенного сегмента. До проведения эндоваскулярных вмешательств на сонных артериях при дуплексном сканировании регистрировалось линейная скорость кровотока от 1,0–1,2 см/с у 14 (41 %) пациентов, от 1,2–3,0 см/с у 20 (59 %) пациентов. Во время установки стента с его последующей дилатацией регистрировалось снижение линейной скорости кровотока от 1,0–1,2 м/с в 20 (59 %) наблюдениях, от 0,7–1,0 см/с в 14 (41 %) наблюдениях.

В ближайший послеоперационный период после эндоваскулярного вмешательства (1-е сутки) отмечалось снижение линейной скорости кровотока от 0,7–1,0 см/с в 10 (29 %) случаях, от 0,3–0,7 см/с в 24 (71 %) случаях. У пациентов с поражением артерий бедренно-подколенного сегмента при первичном обследовании в 10 (56 %) случаях выявлена окклюзия поверхностной бедренной артерии, у 8 (44 %) – гемодинамически значимые стенозы более 60 %.

При дуплексном сканировании во время выполнения баллонной ангиопластики со стентированием на артериях нижних конечностей регистрировалось восстановление ламинарного характера кровотока, линейная скорость кровотока составляла от 30–100 см/с, степень остаточного стеноза менее 25 %, что является нормой. При стентировании В-режиме отмечалось точное позиционирование стента в месте стеноза, полное его раскрытие и прилегание к стенкам артерии, адекватное сопоставление диаметра стентированной артерии и стента.

ВЫВОДЫ

Интраоперационное дуплексное сканирование периферических артерий позволяет планировать оптимальный объем эндоваскулярных вмешательств у конкретного пациента и позволяет избежать таких осложнений, как неполное раскрытие стента, неверное его позиционирование относительно границ патологии, диссекции интимы.