

© Коллектив авторов, 2016
УДК 616.367-001-089

М. П. Королёв, Л. Е. Федотов, Р. Г. Аванесян, Б. Л. Федотов, Г. М. Лепехин

КОМБИНИРОВАННОЕ АНТЕ- И РЕТРОГРАДНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОСТИ ОБЩЕГО ПЕЧЁНОЧНОГО ПРОТОКА ПОСЛЕ СОЧЕТАННОГО ЯТРОГЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии (зав. — проф. М. П. Королёв),
ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Минздрава России

Ключевые слова: общий печёночный проток, повреждение, комбинированные миниинвазивные операции

Ятрогенные повреждения желчных протоков — тяжелые осложнения операций, которые преследуют хирургов в течение всей истории развития хирургии желчных протоков [3]. Частота возникновения специфических осложнений холецистэктомии резко возросла с внедрением в практику видеолапароскопических операций. По данным некоторых авторов [1], повреждения желчных протоков встречаются в 3–4 раза чаще после лапароскопических операций по сравнению с осложнениями после традиционной холецистэктомии, а в сложных ситуациях (синдром Мирицци, аномалии развития протоков) процент осложнений достигает до 23. Данное обстоятельство связано с рядом факторов: неопытностью специалистов, отсутствием современного технического оснащения операционных, появлением специфических для лапароскопических операций осложнений (несостоятельность клипсы, клипирование протока, электротравма протоков) [3, 4]. Ретроспективный анализ, проведенный В.И. Белоконевым и соавт. [2], показал, что чаще всего повреждения желчных протоков возникают у больных, которых оперировали хирурги со стажем работы от 10 до 20 лет (33,3% из общего числа ятрогенных осложнений) и от 20

до 30 лет (50%). Результаты реконструктивных операций после повреждений желчных протоков, даже при соблюдении всех разработанных технологий и при условии выполнения этих операций опытными хирургами, до сих пор остаются малоудовлетворительными, что обусловлено частыми ранними послеоперационными осложнениями и поздними последствиями в виде рецидива стриктур протоков и анастомозов.

Больная М., 53 года, поступила 24.07.2014 г. с диагнозом «Желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит» для планового хирургического вмешательства. Выполнена лапароскопическая холецистэктомия 25.07.2015 г. Через 2 дня после операции у больной появились признаки механической желтухи: показатели общего билирубина в крови повысились до 150 мкмоль/л, при ультразвуковом исследовании (УЗИ) — незначительное расширение внутрипеченочных желчных протоков, общий желчный (ОЖП) и печеночный (ОПП) протоки не визуализируются. Больной выполнена декомпрессия внутрипеченочных желчных протоков 28.07.2015 г.: чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХЛС) под УЗИ и рентгенологическим контролем правого долевого протока. При контрастном исследовании выявлен блок на уровне верхней трети ОПП в результате клипирования (рис. 1, а).

На следующие сутки после дренирования желчных протоков выполнена операция: ЧЧХЛС под УЗИ и рентгенологическим контролем левого долевого протока, комбинированное восстановление непрерывности ОПП, наружновнутреннее дренирование левого долевого протока, ОПП и ОЖП. Провести манипуляционный катетер и

Сведения об авторах:

Королёв Михаил Павлович (e-mail: korolevmp@yandex.ru), Федотов Леонид Евгеньевич (e-mail: fedotov-le@yandex.ru), Аванесян Рубен Гарриевич (e-mail: av-ruben@yandex.ru), Федотов Борис Леонидович (e-mail: bobson.spb@mail.ru), Лепехин Георгий Михайлович (e-mail: lepekningeorge04@rambler.ru), кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2

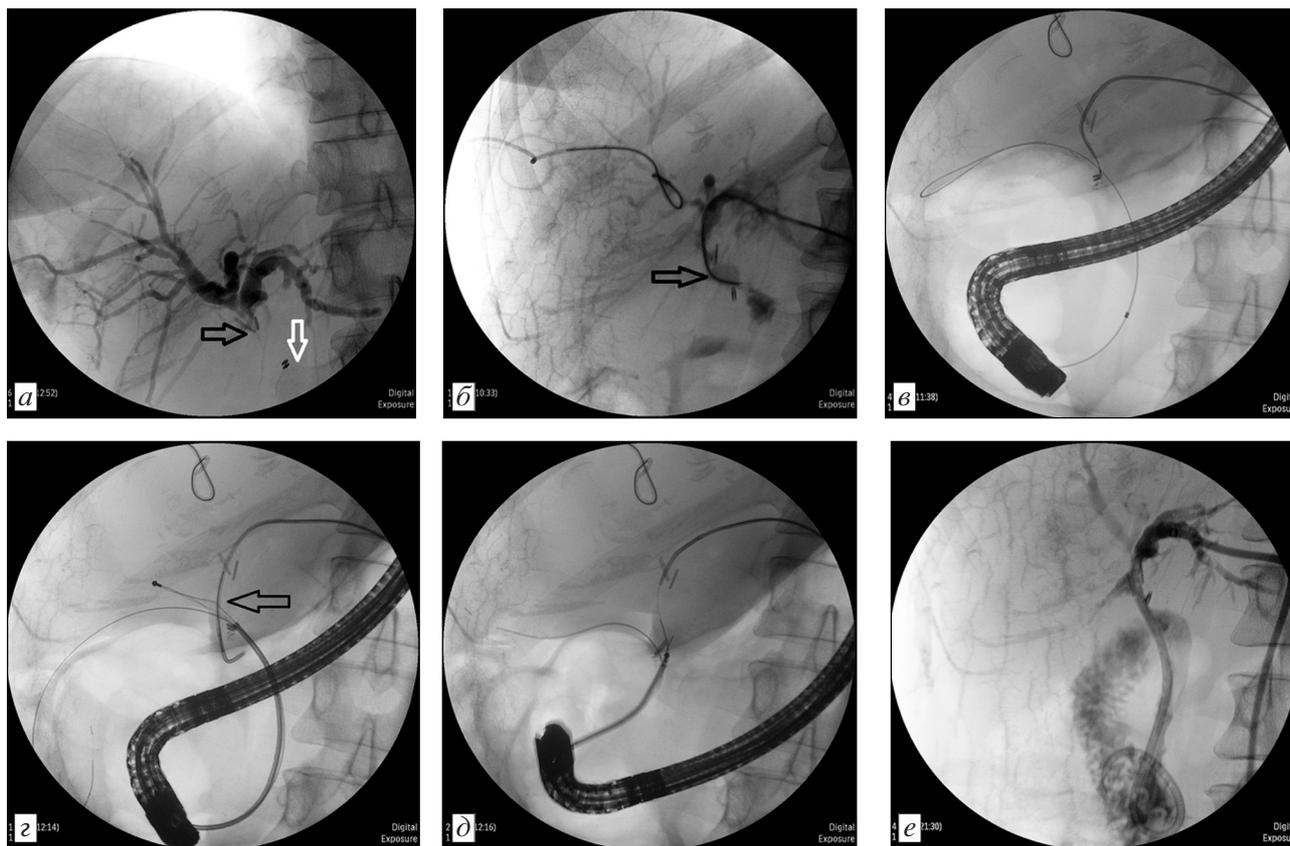


Рис. 1. Холангиограммы больной М., 53 года, с ятрогенным повреждением общего желчного и общего печеночного протоков после лапароскопической холецистэктомии (объяснения в тексте).

а — клипирование общего печеночного протока в области конfluence (черная стрелка) и общего желчного протока (белая стрелка); *б* — манипуляционный катетер, проведенный между браншами клипсы в свободную брюшную полость (стрелка); *в* — ретроградное эндоскопическое проведение проводника в свободную брюшную полость через общий желчный проток; *г* — захват манипуляционного катетера с проводником корзины Dormia в подпеченочном пространстве (стрелка); *д* — низведение проводника в просвет двенадцатиперстной кишки; *е* — каркасное наружновнутреннее дренирование протоков через поврежденный участок общего печеночного протока

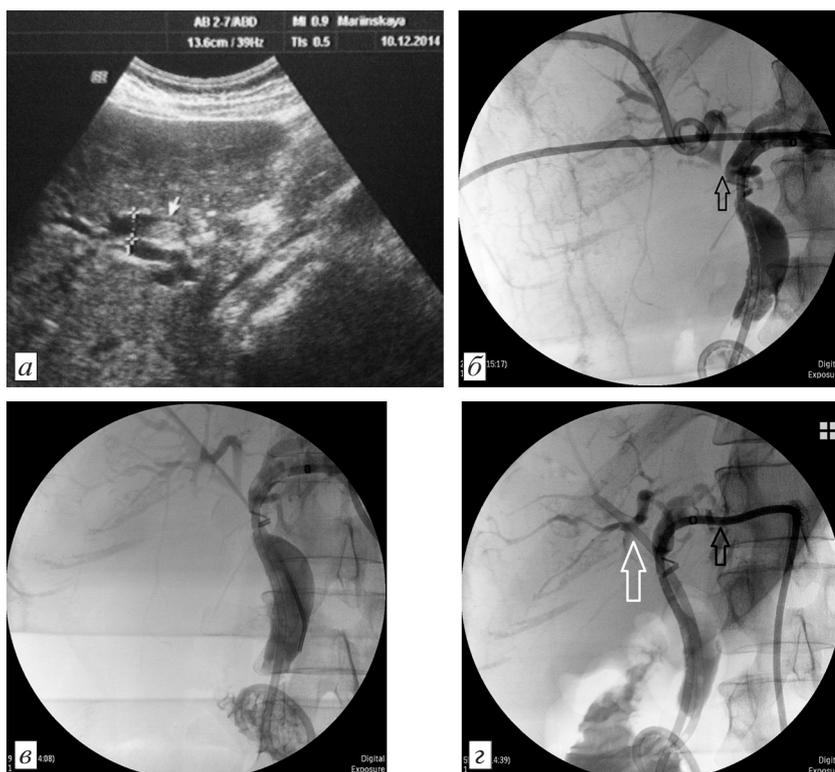
проводник между браншами клипсы в области ОПП из правого долевого протока не удалось, в связи с чем через левый долевой проток гидрофильный проводник проведен между браншами клипсы в свободную брюшную полость (см. рис. 1, б). Следующим шагом с помощью эндоскопически ретроградно введенных инструментов различной конструкции смещена клипса в области ОЖП, и ретроградно корзина Dormia проведена в свободную брюшную полость (см. рис. 1, в, г). Эндоскопически с помощью корзины проводник, проведенный антеградно, низведен в просвет двенадцатиперстной кишки через ОЖП (см. рис. 1, д). В дальнейшем выполнено каркасное наружновнутреннее дренирование левого долевого протока, ОПП и ОЖП. В результате комбинированной операции удалось восстановить проходимость ОПП через поврежденный участок (клипированный и пересеченный, с отсутствием участка протока на протяжении 1 см). При контрольных рентгенологических исследованиях — контрастное вещество поступает в нерасширенные внутривнутрипеченочные желчные протоки и через наружновнутренний дренаж беспрепятственно — в просвет двенадцатиперстной кишки (см. рис. 1, е). Больная была выписана в удовлетворительном состоянии. Через 4 мес пациентка поступила с признаками холангита и механической желтухи. При обследовании (УЗИ) обнаружен синдром недренируемой правой доли пече-

ни с признаками холангита и печеночной недостаточности в результате локальной билиарной гипертензии (рис. 2, а).

Декомпрессионная операция выполнена 15.12.2014 г. — ЧЧХЛС правого долевого протока. При холангиографии контрастное вещество из правого долевого протока в просвет ОПП не поступает. Причина сформированной стриктуры правого долевого протока — ожоговая травма конfluence (см. рис. 2, б). В послеоперационном периоде возникла правосторонняя плевропневмония. При дренировании правой плевральной полости получен выпот с желчным содержимым. Причина плеврита — затек желчи через плевральный синус в плевральную полость. Данное обстоятельство исключало возможность чрескожной установки каркасного наружновнутреннего дренажа через правый долевой проток. В связи с этим выполнена операция 27.01.2015 г. — комбинированное восстановление проходимости правого долевого протока с формированием каркаса на пластиковом стенте. Во время операции по антеградно проведенному проводнику из правого долевого протока с помощью манипуляционного катетера и гидрофильного проводника ретроградно эндоскопически установлен пластиковый каркасный стент в просвет правого долевого протока, ОПП и ОЖП (см. рис. 2, в, г). Таким образом, каркасная функция поврежденного участка желчных протоков обеспечена с помощью наружновнутреннего дренажа, проведенного антеградно из левого долевого про-

Рис. 2. УЗИ и холангиограммы той же большой через 4 мес после лапароскопической холецистэктомии (объяснения в тексте).

а — сонограмма, стрелка — расширенный правый долевого проток с неоднородным содержимым в просвете; б — термический ожог и стриктура правого долевого протока (стрелка — участок конического сужения протока); в — восстановление проходимость правого долевого протока с помощью манипуляционного катетера; г — восстановление проходимость общего печеночного протока с помощью каркасного наружно-внутреннего дренажа, проведенного из левого долевого протока (черная стрелка) и стента, установленного в правый долевого проток (белая стрелка)



тока и пластиковым стентом, введенным ретроградно по антеградно проведенному проводнику из правого долевого протока. В дальнейшем дренажи из правого долевого протока и правой плевральной полости удалены. При контрольных рентгенологических исследованиях — контрастное вещество свободно поступает в просвет всех желчных протоков и эвакуируется беспрепятственно в просвет двенадцатиперстной кишки. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Данное наблюдение демонстрирует как сочетанные анте- и ретроградные технологии под комбинированным УЗИ, рентгенологическим и эндоскопическим контролем позволяют восстановить непрерывность протока при многофакторном ятрогенном повреждении ОПП (клипировании, термическом поражении, пересечении и удалении участка ОПП).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Алхадзе Г.Г., Котовский А.Е., Унгурияну Т.В., Гальперин Э.И. Синдром Мирицци — причина ятрогенных повреждений гепатикохоледоха // Consilium medicum Ukraina, гастроэнтерология. 2009. № 7. С. 21–23.
2. Белоконов В.И., Хункуй И., Ковалева З.В. Тактика и хирургические подходы лечения больных со «свежей» травмой и стриктурами гепатикохоледоха // Тольяттинск. мед. консилиум. 2013. № 3–4. С. 18–24.
3. Рыбачков В.В., Раздрогин В.А., Герасимовский Н.В. и др. К вопросу лечения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей // Вестн. экспер. и клин. хир. 2012. № 4. С. 705–707.
4. Хасанов А.Г., Бадретдинов А.Ф., Шамсиев Р.Э., Шайбаков Д. Возможные хирургические тактики при осложнениях холецистэктомии // Клин. и экспер. хир. 2012. № 2. С. 46–51.

Поступила в редакцию 09.12.2015 г.