

DOI: 10.16931/1995-5464.20164124-125

Резолюция пленума Правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ 14–15 апреля 2016 г., Челябинск

**Resolution of IO "Association of Surgeon-Hepatologists"
Executive Board Plenary Session
14–15 April 2016, Chelyabinsk**

Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии

Установлены следующие факторы риска повреждений желчных протоков при выполнении как лапароскопической, так и "традиционной" холецистэктомии:

- отсутствие на дооперационном этапе должной информации об анатомических особенностях и патологических изменениях в зоне планируемого вмешательства;
- недооценка характера патологических изменений при интраоперационной ревизии зоны хирургического интереса, не позволяющая предпринять необходимые меры во избежание осложнений (своевременная конверсия, дополнительные диагностические мероприятия, усиление хирургической бригады);
- недостаточная квалификация хирургической бригады, приводящая к техническим и технологическим нарушениям в ходе вмешательства;
- неполное обеспечение современным оборудованием.

Основными причинами повреждений желчных протоков при лапароскопической и "открытой" холецистэктомии, а также при использовании минидоступа являются:

- недооценка факторов риска;
- необоснованная настойчивость выполнения холецистэктомии в ситуациях, требующих проведения более тщательной предоперационной подготовки;
- неосторожные манипуляции инструментами, особенно электрохирургическими;
- повреждение сосудов;
- игнорирование использования методов визуализации структур гепатодуоденальной связки (интраоперационное УЗИ, холангиография);
- недостаточная квалификация хирурга;
- использование некачественного оборудования и инструментария.

К наиболее частым видам повреждений желчных протоков относятся: пересечение, иссечение, краевое ранение, термическая травма, клипиро-

вание, которые в значительном количестве случаев возникают при вынужденных манипуляциях хирурга, обусловленных кровотечением из артерий и вен гепатодуоденальной связки. Интраоперационная диагностика указанных повреждений осуществляется не только визуально, но и с помощью ИОУЗИ, а также холангиографии.

В послеоперационном периоде ранними диагностическими признаками повреждений желчных протоков являются клинические проявления и изменения лабораторных показателей. В таких случаях необходимо применение дополнительных инструментальных методов исследования: УЗИ, СКТ, МРТ, ЭРХПГ, а в иных ситуациях релапароскопии.

Хирургическая тактика при повреждениях желчных протоков, установленных интраоперационно в ходе лапароскопической холецистэктомии, индивидуальна. Так называемые большие повреждения требуют своевременной конверсии в лапаротомию. При "малых" повреждениях допустимо продолжение операции в лапароскопическом исполнении при возможности осуществления адекватной коррекции возникших проблем. В противном случае целесообразна конверсия. Кроме того, в подобных ситуациях необходимо рассматривать возможность коррекции повреждений с помощью эндобилиарного стентирования. Восстановительная операция может быть выполнена хирургом, обладающим необходимой подготовкой.

Выбор реконструктивного вмешательства при повреждениях желчных протоков, выявленных в ходе операции или установленных впоследствии, зависит от следующих обстоятельств.

1. Уровня повреждения:

- а) внепеченочная часть общего печеночного протока или общий желчный проток;
- б) зона конfluence при сохранном соединении долевых протоков;
- в) внутриспеченочный характер повреждения.

2. Масштаба повреждения (“большой”, “малый”).

3. Наличия перитонита и выраженности воспалительных изменений в подпеченочном пространстве и желчных протоках.

4. Квалификации специалиста, планирующего реконструктивное вмешательство.

Применение восстановительных билиобилиарных анастомозов (ББА), как правило, ограничено. Данный вариант операции следует рассматривать при следующих условиях:

- сохранении жизнеспособности тканей и кровообращения в обоих отрезках протока;
- отсутствии натяжения при соединении концов поврежденного протока;
- наличии необходимого оснащения (инструментарий, шовный материал, дренажи, стенты) и квалифицированного хирурга;
- диаметр анастомозируемых участков протока не менее 4 мм.

Следует заметить, что наличие перечисленных условий в реальной клинической практике встречается довольно редко.

Вариантом одномоментной реконструктивной операции является формирование билиодигестивного анастомоза (БДА). Условия для успешного осуществления этого вмешательства следующие:

- сохранение жизнеспособности тканей и кровообращения в проксимальном участке поврежденного протока;
- наличие необходимого оснащения (инструментарий, шовный материал, дренажи, стенты) и квалифицированного хирурга;
- достаточный диаметр протока (протоков — при внутрипеченочном повреждении), позволяющий сформировать герметичный БДА;
- возможность “отключения” межкишечным Y-образным анастомозом по Ру участка тонкой кишки длиной не менее 70–80 см.

При невозможности соблюдения этих условий следует дренировать проксимальные участки протоков, а при невыполнимости такого дренирования — подпеченочное пространство, отло-

жив реконструктивную операцию до второго этапа. При отсутствии других осложнений он обычно выполняется через 1,5–2 мес после купирования местного воспалительного процесса. Данный этап реконструктивного вмешательства целесообразно производить в специализированных учреждениях.

В последнее время при наличии соответствующих показаний для коррекции повреждений желчных протоков все более широкое применение находят высокотехнологичные эндоскопические и рентгенэндобилиарные методы.

В настоящих условиях при определении лечебной тактики в случаях повреждений желчных протоков целесообразно придерживаться классификации “свежих” повреждений Э.И. Гальперина и соавт.

Осложнения лапароскопических операций на поджелудочной железе

Контроль интраоперационных кровотечений как при лапароскопических, так и при “традиционных” операциях на печени и поджелудочной железе обеспечивается известным комплексом современных кровосберегающих технологий. Диагностика послеоперационных кровотечений основывается на клинических, лабораторных и инструментальных данных. В ряде случаев после операций на печени и поджелудочной железе возможна остановка кровотечения с помощью эндоваскулярных методик. При невозможности их применения или отсутствии должного эффекта целесообразно выполнение экстренного оперативного вмешательства для достижения гемостаза.

Профилактика и лечение послеоперационного панкреатита после лапароскопических операций на поджелудочной железе осуществляются на основе известных принципов, отраженных в Национальных клинических рекомендациях.

Редакционная комиссия:
профессора Буриев И.М., Глабай В.П.,
Цвиркун В.В. (Москва),
Совцов С.А., Шестопалов С.С. (Челябинск)