

## Выводы:

1. Всем пациентам с тотально удалённой менингиомой выполнять КТ и/или МРТ головного мозга в обязательном порядке через 6 месяцев, не ожидая развития неврологических симптомов.
2. В предоперационном периоде выполнять ангиографию с целью определения источника кровоснабжения опухоли.
3. Рекомендовать в послеоперационном периоде пациентам с атипичной менингиомой (G2) лучевую и химиотерапию.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Древаль О.Н. Нейрохирургия, том 1. Руководство для врачей. – Москва: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2012. – С. 172–218.
2. Марк С. Гринберг. Нейрохирургия. – Москва: МЕД-пресс-информ, 2010. – с. 439–443.
3. Кадашева А.Б., Черкаев В.А., Козлов А.В., Белов А.И., Зайцев А.М. Менингиомы крыльев основной кости у взрослых больных, прошедших курс лучевой терапии по поводу ретинобластомы в раннем детском возрасте. Журнал «Вопросы нейрохирургии», 2001. – 3, с. 14–17.

4. Камалова Г.М. Неврологическая диагностика менингиом полушарий большого мозга.: Сборник «Хирургия внутримозговых экстрацеребральных опухолей / Под ред. Тиглиева Г.С., Олюшина В.Е. – СПб., 1997. – С. 59–77.

5. Козлов А.В. Диагностика и комплексное лечение парасигитальных менингиом / А.В. Козлов, Е.Е. Калинина, А.Б. Кадашева, В.В. Тимиргаз, Р.А. Смирнов // Материалы III съезда нейрохирургов России, 2002. – С. 111–113.

6. Самойлов В.И. Варианты дебюта и развития клинических проявлений опухолей головного мозга. Журнал «Неврология и психиатрия», 1986. – № 5. – С. 676–679.

7. Самойлов В.И. (Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова). Особенности клинического дебюта менингиом головного мозга. Сборник «Хирургия внутримозговых экстрацеребральных опухолей» / Под редакцией Тиглиева Г.С, Олюшина В.Е. – СПб., 1997. – С. 55–59.

8. Самбор В.К. Диагностика и хирургическое лечение атипичных и злокачественных менингиом головного мозга. // Материалы III съезда нейрохирургов России, 2002. – С. 148–149.

9. Тастанбеков М.М., Тиглиев Г.С, Олюшин В.Е., Улитин А.Ю., Гуляев Д.А. Продолженный рост и рецидивы менингиом головного мозга: причины возникновения и пути уменьшения частоты. // Материалы III съезда нейрохирургов России, 2002. – С. 157–158.

Поступила 26.08.2016

*Е.В. ТОКАРЕНКО<sup>1,2</sup>, А.В. АНДРЕЕВ<sup>1,2</sup>, В.М. ДУРЛЕШТЕР<sup>1,3</sup>,  
В.Д. САХНО<sup>1,2</sup>, А.А. КУЛАКОВ<sup>1</sup>, А.Ю. БАРАННИКОВ<sup>1,2</sup>*

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЧРЕСКОЖНЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

<sup>1</sup>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗКК, Россия, 350000, г. Краснодар, ул. Красных Партизан, 6/2

<sup>2</sup>Кафедра хирургии № 2 ФПК и ППС и

<sup>3</sup>кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС, КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4.

Тел. 8 (918) 214-32-22. E-mail: E\_tokarenko84@mail.ru

В статье представлено клиническое наблюдение с ятрогенным повреждением общего желчного протока после лапароскопической холецистэктомии и хирургическое лечение с применением чрескожных миниинвазивных технологий.

Пациентка поступила в Краевую клиническую больницу № 2 г. Краснодара с ятрогенным повреждением общего желчного протока на уровне (11-й тип по Bismuth или (+1) по Гальперину), на 3 послеоперационные сутки. Состояние тяжёлое, клинические проявления механической желтухи и синдрома системного воспалительного ответа. Пациентке выполнена ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, лабораторные исследования крови. Выявлены признаки желчной гипертензии. Выполнено чрескожное дренирование желчных протоков под контролем лучевых методов, как этап предоперационной подготовки. Через 2 месяца пациентке выполнена плановая реконструктивная операция – билиодигестивный анастомоз на петле по Ру. В послеоперационном периоде осложнений не выявлено.

Приведён обзор литературы, показаны трудности диагностики, обследования и миниинвазивного лечения этой сложной категории пациентов.

*Ключевые слова:* желчные протоки, ятрогенная травма, стриктура, миниинвазивная хирургия, осложнения.

*E.V. TOKARENKO<sup>1,2</sup>, A.V. ANDREEV<sup>1,2</sup>, V.M. DURLSHTER<sup>1,3</sup>, V.D. SAHNO<sup>1,2</sup>,  
A.A. KULAKOV<sup>1</sup>, A.U. BARANNIKOV<sup>1,2</sup>*

CLINICAL CASE SURGICAL TREATMENT OF IATROGENIC BILE DUCT INJURY USING PERCUTANEOUS MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES

The article presents a clinical case with iatrogenic injury to the common bile duct after laparoscopic cholecystectomy and surgical treatment with the use of minimally invasive percutaneous techniques.

The patient was admitted to the regional clinical hospital №2 of Krasnodar with iatrogenic injury to the common bile duct at ( 11 Bismush or (+1) Halperin), on the 3rd day after operation. Patient's health was hard, marked clinical manifestations a mechanical icterus syndrome and systemic inflammatory response syndrome. The patient performed ultrasound diagnosis of abdominal organs, laboratory blood tests. Patients showed signs of bile hypertension. We did percutaneous drainage of the bile ducts under the control of radiological methods as preoperative period. After 2 months, the patient made a planned reconstructive surgery - biliodigestive anastomosis Roux. There were not complications in the postoperative period.

Literature review and difficulties of timely diagnosis, examination and minimally invasive treatment of these patients are showed.

**Key words:** bile ducts, iatrogenic injury, stricture, minimally invasive surgery, complications.

### Введение

Ятрогенная травма желчных протоков остаётся одной из наиболее актуальных проблем в абдоминальной хирургии. К «свежим» повреждениям желчных протоков относят травмы, выявленные интраоперационно или в первые 3–5 суток послеоперационного периода [4]. Частота ятрогенной травмы желчных протоков при традиционной холецистэктомии составляет 0,1–0,8 %, при резекции желудка – 0,14 %, при лапароскопической холецистэктомии – от 0,3 % до 3 % [1, 5, 6]. Частота осложнений после выполнения реконструктивных операций при повреждениях желчных протоков остаётся высокой и составляет 25,5 %. Причиной рубцовых стриктур желчных протоков в 82,9–97 % наблюдений также является их ятрогенная травма [2, 8]. В то же время реконструктивные и восстановительные вмешательства, выполненные на фоне механической желтухи и холангита, сопровождаются высокой летальностью (от 5 до 30 %) [7, 10, 12].

При выявлении ятрогенного повреждения интраоперационно или в сроки до 5 дней общепринятой является одноэтапная восстановительно-реконструктивная хирургическая тактика. При выявлении ятрогенной травмы в срок более 5 суток применяют двухэтапное восстановительно-реконструктивное хирургическое лечение. Как первый этап двухэтапного лечения, используют традиционный лапаротомный или лапароскопический способы декомпрессии желчных путей [3]. В послеоперационном периоде, через 1,5–2 месяца, выполняют плановое восстановительно-реконструктивное вмешательство на желчных протоках.

В настоящее время ряд вопросов в диагностике и хирургической тактике у пациентов со «свежей»

ятрогенной травмой желчных протоков не решены и являются спорными, не имеют единой общепринятой тактики. В современной литературе не достаточно освещены миниинвазивные чрескожные технологии у пациентов со «свежей» ятрогенной травмой. Данная категория пациентов представляет несомненный научный и практический интерес. Приводим клиническое наблюдение.

### Методика исследования

Пациентка Д., 55 лет, госпитализирована экстренно из ЦРБ в хирургическое отделение № 1 ККБ № 2 г. Краснодара с диагнозом «ПХЭС. Стриктурa верхней трети общего желчного протока. Наружный желчный свищ. Механическая желтуха. Холангит».

**Anamnes morbi:** из анамнеза в плановом порядке в ЦРБ по поводу ЖКБ хронического калькулезного холецистита, выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У пациентки имеются сопутствующие заболевания: сахарный диабет, 2-й тип, субкомпенсация. Гипотиреоз. Ожирение 3-й степени. Гипертоническая болезнь 2-й стадии 3-й степени. Риск 4. Хроническая сердечная недостаточность, 1 функциональный класс (1-й степени). Жировой гепатоз.

На 3-и п/о сутки отмечены клинические и лабораторные проявления синдрома механической желтухи, холангита, сброс желчи по подпечёчному дренажу брюшной полости. Заподозрено повреждение желчных протоков.

Проведён хирургический консилиум, и пациентка санитарным транспортом доставлена в ККБ № 2.

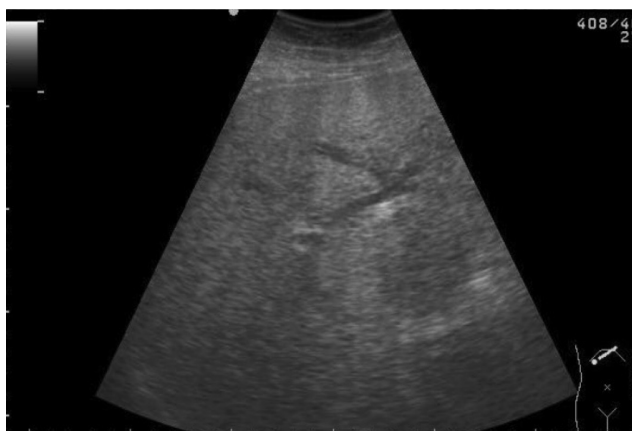
Жалобы при поступлении: на боли в правом подреберье, иктеричность склер, кожный зуд, слабость, жажду, повышение температуры тела до 38 градусов, озноб.

Status presses objectives: кожные покровы и слизистые иктеричные, лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов не выявлено. Гемодинамика стабильная. АД 135/90 мм рт. ст. Рс 88 в минуту. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, незначительно поддут. Имеются послеоперационные рубцы после лапароскопии. При пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, перитонеальных симптомов нет. По дренажу подпечёночного пространства до 100 мл желчи с серозным компонентом.

Лабораторно: лейкоцитоз – 14 тыс., эритроциты – 4,5 мл, гемоглобин – 115 г/л, тромбоциты – 350 тыс, С-реактивный белок – 240 мг/л, общий билирубин – 120 мкмоль/л, прямой билирубин – 80 мкмоль/л, АЛТ – 60 ед/л, АСТ – 75 ед/л.

Пациентка доставлена на 3 послеоперационные сутки в тяжёлом состоянии, госпитализирована в палату интенсивной терапии реанимационного отделения.

При поступлении выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. Имеется расширение внутрипечёночных желчных протоков (рис. 1). Жидкостных скоплений в брюшной полости не выявлено.

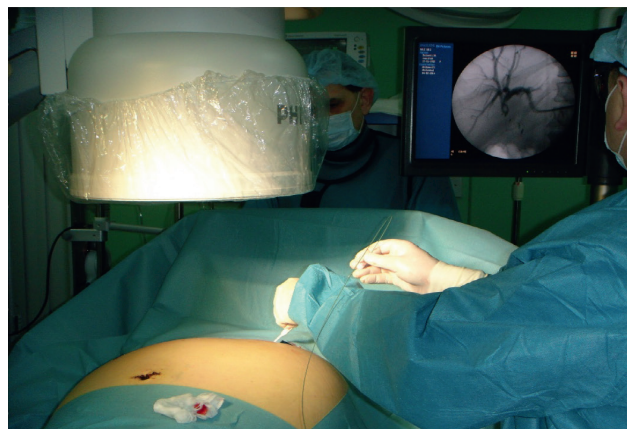


**Рис. 1.** УЗ-изображение расширенных сегментарных желчных протоков у пациентки с ятрогенной травмой желчных протоков после холецистэктомии (иссечение и клипирование фрагмента общего печёночного протока).

Выполнена ретроградная холангиография (РХГ). Выявлен блок на уровне верхней и средней трети общего желчного протока. После проведённой предоперационной подготовки в условиях интенсивной палаты пациентка в срочном порядке подана в операционную с целью выполнения миниинвазивного наружного чрескожного дренирования желчных протоков под УЗИ и рентген-телевизионным контролем (рис. 2).

Установлен чрескожно транспечёночно дренаж 10 Fr в левый долевого проток, доступом в

эпигастральной области. Правый боковой доступ не использовали, учитывая высокое стояние купола диафрагмы и наличие риска повреждения плеврального синуса. Интраоперационно выполнена фистулография желчных протоков с целью уточнения характера и локализации повреждения (рис. 3).



**Рис. 2.** Интраоперационное фото чрескожной чрепечёночной холангиостомии под УЗИ и рентген-телевизионным контролем.



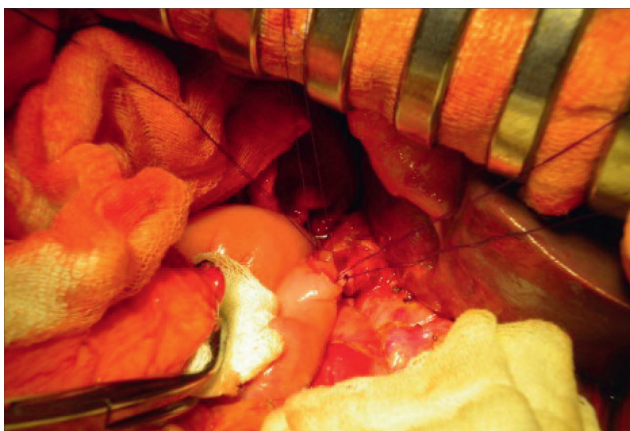
**Рис. 3.** Rg-изображение фистулографии у пациентки с ятрогенным повреждением желчных протоков с целью уточнения характера и локализации повреждения.

Выявлено отсутствие (иссечение) общего желчного протока до уровня (+1) по Гальперину. Послеоперационный период (до 5 койко-дней) протекал в условиях реанимации с лабораторным и инструментальным мониторингом. Проводилась симптоматическая, инфузионная, антибактериальная (цефалоспорины 3-го поколения) терапия, профилактика тромбогенных осложнений и острой язвы. В послеоперационном периоде количество желчи по холангиостоме до 500 мл, восполнялось перорально. На 7-е послеоперационные сутки пациентка переведена в хирургический стационар в состоянии средней степени тяжести, явления холангита купированы. На 10-е послеоперационные сутки выписана в удовлетворительном состоянии



на амбулаторное лечение у хирурга по месту жительства.

Спустя 2 месяца пациентка госпитализирована в удовлетворительном состоянии на плановую реконструктивную операцию. На момент поступления активных жалоб не предъявляет – дискомфорт в месте стояния дренажа. Лабораторные показатели в пределах физиологической нормы. После проведенной предоперационной подготовки в условиях хирургического стационара на 2-е сутки выполнено оперативное вмешательство, сформирован билиодигестивный анастомоз на «отключённой» по Ру петле не менее 60 см с применением рассасывающегося монофиламентного шовного материала (5–0) (рис.4).



**Рис. 4.** Интраоперационное фото реконструктивной операции – формирование билиодигестивного анастомоза на «отключённой» по Ру петле.

Раннее установленный чрескожный чреспечёночный дренаж оставлен в послеоперационном периоде с целью декомпрессии желчного дерева и профилактики несостоятельности билиодигестивного анастомоза. На 3-и послеоперационные сутки выполнено УЗИ брюшной полости, жидкостных скоплений не выявлено, удалён подпечёночный дренаж. На 7-е сутки послеоперационного периода выполнена фистулография – билиодигестивный анастомоз состоятельный, признаков билиарной гипертензии нет, дренаж удален. На 10-е послеоперационные сутки выписана в удовлетворительном состоянии.

### Результаты исследования

Пациентка наблюдалась в течение 2 лет. Болевой синдром не отмечала, признаков холангита не выявлено.

### Обсуждение

Клиническое наблюдение демонстрирует успешное применение миниинвазивного хирургического лечения у пациентки с выявленной в послеоперационном периоде ятрогенной травмой желчевыводящих путей. В своей клинической работе авторы придерживаются рекомендаций резолюции XXI Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ (Пермь, 2014) и считают возможным и целесообразным применение миниинвазивных хирургических методов, как этап предоперационной подготовки, у пациентов со «свежими» ятрогенными повреждениями желчных протоков. Данные миниинвазивные технологии позволяют снизить количество осложнений в раннем послеоперационном периоде и стриктур в отдалённом.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев А.А., Ашиев Г.М., Беркелиев Ю.Г. Высокие повреждения внепечёночных желчных протоков // Двадцатый международный конгресс хирургов-гепатологов: Материалы конгресса. – Донецк, 2013. – С. 77.
2. Вишневецкий В.А., Кубышкин В.А. К вопросу о каркасном дренировании в реконструктивной хирургии стриктур желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. – № 2. – С. 52–53.
3. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – М., 2009. – 568 с.
4. Гальперин Э.И., Вишневецкий В.А., Ветшев П.С., Дюжева Т.Г. Резолюция XXI Международного конгресса Ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ // Анналы хирургической гепатологии. – 2015. – Т. 20. – № 3. – С. 139–140.
5. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г. Лекции по гепатопанкреато-билиарной хирургии. – Москва: Видар-М, 2011. – 536 с.
6. Гальперин Э.И., Чевочкин А.Ю. Факторы, определяющие выбор операции при «свежих» повреждениях магистральных желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии. 2009. – Том 14, № 1. – С. 49–56.
7. Емельянов С.И., Панченков Д.Н., Мамалыгина Л.А. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений внепечёночных желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. № 3. – С. 55–61.
8. Малярчук В.И., Климов А.Е. Хирургическое лечение стриктур желчных протоков после лапароскопической холецистэктомии // Хирургия органов гепатопанкреатобилиарной зоны: Материалы Междунар. конф. хирургов, посв. 80-летию профессора В.В. Виноградова. – М., 2000. – С. 158–160.
9. Bektas H., Shrem H., Winny M., Klempnauer J. Surgical treatment and outcome of iatrogenic bile duct lesions after cholecystectomy and the impact of different clinical classification systems // Br. J. Surg. – 2007. – Vol. 94. – P. 1119–1127.
10. Bismuth H., Majno P.E. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment // World-J-Surg. – 2001. – Vol. 25, № 10. – P. 1241-4.
11. Lillimoe K.D., Melton K.D., Cameron J.L. Postoperative bile duct strictures: management and outcome in the 1990s. // Annals Surgery. – 2000. – Vol. 232, № 3. – P. 430–441.

Поступила 20.08.2016