

© Козак І.О., Власов В.В., Мохнатий С.І., Мойсюк В.І.

УДК 616.342-089.166-06

ПОШКОДЖЕННЯ СПІЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНОЇ ЗАЦИБУЛИННОЇ ВИРАЗКИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

І.О.Козак, В.В.Власов, С.І.Мохнатий, В.І.Мойсюк

Кафедра хірургії (зав. – проф. А.І.Суходоля) факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, м. Хмельницький

Резюме. Наведено аналіз причин інтраопераційного пошкодження спільної жовчної протоки (СЖП) у 8 хворих, яким виконана резекція шлунка II способом Більрота з приводу зацибулинної виразки дванадцятипалої кишки. Виокремлені фактори ризику ятрогенного травмування СЖП. Вибір адекватного операційного прийому (відновлення, реконструкція, паліатив) при ятрогенному пошкодженні СЖП залежить від виду і часу встановлення пошкодження, загального стану хворого та кваліфікації хірургічної бригади.

Ключові слова: зацибулинна виразка дванадцятипалої кишки, ятрогенне пошкодження спільної жовчної протоки, діагностика, лікування.

Ятрогенна травма спільної жовчної протоки (СЖП) під час операцій з приводу виразки дванадцятипалої кишки (ДПК) трапляється рідко (0,3-6,4 %) і розцінюється як "нешасний випадок у хірургії", оскільки в 25-60 % випадків призводить до летальних наслідків [1, 2]. Часто (86 %) пошкодження СЖП під час операції залишається непоміченим (Л.А.Эндер, А.И.Лобанов, 1983).

Серед суб'єктивних причин травмування СЖП називають намагання хірурга будь-що виділити виразку з рубцевих тканин, переоцінку технічних можливостей та досвіду, грубе препарування, інструментальне припинення кровотечі в гепатодуоденальній ділянці, неправильну мобілізацію та формування кукси ДПК [3]. Об'єктивними причинами ушкодження СЖП вважають вимушене виконання операції безпосередньо на низько розміщеній виразці під час кровотечі і перфорації, рецидив, пенетрацію

виразки в печінково-дванадцятипалокишково зв'язку (ПДЗ), великі розміри виразки, атипову топографію СЖП, наявність холедоходуоденальної нориці. Відмова від резекційних способів та впровадження органозберігальних технологій у хірургії виразкової хвороби ДПК не знизили числа інтраопераційної травми СЖП [4].

Мета дослідження. Вивчити клінічні випадки травмування СЖП під час операцій з приводу ускладненої зацибулинної виразки (ЗЦВ) для з'ясування причин і механізмів його виникнення, своєчасної діагностики та адекватної хірургічної корекції.

Матеріал і методи. Нами проаналізовано 193 історії хвороби осіб, прооперованих з приводу ЗЦВ ДПК у Хмельницькій обласній клінічній лікарні та лікувальних закладах Хмельницької області за останніх 20 років (1987-2007 рр.). Хворим виконували ФГДС, визначали ступінь гемостазу при

кровоточивій ЗЦВ за класифікацією Forrest, проводили ендобіопсію країв виразки, рентгенологічне обстеження шлунково-кишкового тракту, аксіальну комп'ютерну томографію органів черевної порожнини (при потребі). В окремих випадках визначали рН шлункового вмісту. Оцінку віддалених результатів проводили за шкалою Visic (1948).

Результати долідження та обговорення. За нашими даними, частота ЗЦВ ДПК серед прооперованих хворих (1054) з приводу виразкової хвороби ДПК становить 16,2 %. Виразкова кровотеча була у 69 (35,8 %) хворих, стеноз – 130 (67,35 %), пенетрація – 148 (76,6 %), перфорація – 15 (8,7 %), їх поєднання – 121 (62,7 %).

Інтраопераційну травму СЖП спостерігали у 8 пацієнтів, опис та аналіз яких наводимо нижче.

1. Хворий Л., 22 роки, студент, поступив 16.11.1987 р. зі скаргами на біль у надчеревній ділянці, нудоту, блювання, зменшення маси тіла понад 5 кг, запори. На виразку ДПК хворіє 3 роки. Після обстеження встановлено діагноз: Виразкова хвороба ДПК, субкомпенсований стеноз ДПК.

18.11.1987 р. виконана резекція 2/3 шлунка за способом Більрот-II-Фінстєра. На задньобоківій стінці нижхідної частини ДПК виявлено інфільтрат до 5 см, який розповсюджується на ПДЗ і голівку підшлункової залози (ПЗ). ДПК рубцево звужена. Під час мобілізації і виділення ДПК за методом Кохєра виявлено дефект стінки СЖП, з якого інтенсивно витікала жовч при натисканні на жовчний міхур (ЖМ). Виконана зондова ревізія СЖП. На її передній стінці виявлено дефект 4x2 мм, з протилежного боку в стінці ДПК – аналогічний дефект. Діаметр СЖП становить 8 мм. Констатована холедоходуоденальна норичя. Виконана резекція 2/3 шлунка. Після формування задньої стінки гастроентероанастомозу в його привідну петлю і просвіт несформованої кукси ДПК встановлено на-

зодуоденальний зонд. СЖП дреновано за методом Смірнова-Дюваля. Виконано холедохотомію та додаткове дрєнування СЖП за методом Вишневського вище дефекту стінки СЖП. Останній зашито вузловими кетгутувими швами.

Післяопераційний перебіг сприятливий. Дебіт жовчі – 250 мл на добу, дебіт дуоденального вмісту – 80-100 мл на добу. Назодуоденальний зонд видалено на 6-ту добу. За допомогою черездрєнажної холангіографії виявлено незмінений ЖМ, дрєнажну трубку в СЖП. Контрастна речовина вільно потрапляє в куксу ДПК. Дрєнаж СЖП видалений через 17 дїб.

Хворий повторно поступив в хїрургїчне вїддїлення через 9 рокїв (20.12.1996 р.) зї скаргами на загальну слабкїсть, перїодичне пїдвїщення температури тїла до 38° С, жовтяницю, темний колїр сечї та знебарвленї випороження. Загальний стан хворого тяжкий. Хворий жовтий, визначається помїрна пальпаторна болючїсть у правому пїдребер'ї, на ногах – набряки. УЗД органїв черевної порожнини: ЖМ видовжений, його стїнки потовщенї та ущїльненї. Дїаметр СЖП – 12 мм, в її просвітї вїзуалїзується стороннє тїло (дрєнажна трубка). Білірубїн кровї – 68 ммоль/л, прямиї – 48 ммоль/л, непрямиї – 20 ммоль/л. Амїлаза сечї – 264 од. за Вольгемутом. Дїагноз: Стороннє тїло СЖП. Гнїйний холангїт. Механїчна жовтяниця.

24.12.1996 р. виконана операція: Видалення дрєнажу СЖП. Холєцистодуоденостомїя. Пїд час ревізїї встановлено, що ЖМ збїльшений, стїнки його ущїльненї, мїстить дрібнї конкременти, дїаметр СЖП – 13 мм. Кукса ДПК без змін. У СЖП пальпується стороннє тїло – дрєнажна трубка. Виконана холедохотомїя, видалено їнкрусатований жовчю дрєнаж СЖП та дрібнї конкременти. При ревізїї дистальної частини СЖП металєвим зондом дїаметром 1 мм прохїдностї в ДПК не встановлено. Кукса ДПК визначається нижче СЖП на 2 см, що

унеможливило накладання холедоходуоденоанастомозу. При ревізії проксимальної частини СЖП зонд діаметром 3 мм вільно проходить у ЖМ. Проведено зовнішнє дренажування СЖП за методом Вишневецького, холецистолітотомію, сформовано анастомоз між ЖМ і куксою ДПК. Післяопераційний період сприятливий. Дебіт виділень з дренажу СЖП – 200-700 мл на добу. Черездренажна холангіографія: контрастна речовина вільно потрапляє в куксу ДПК через холецистодуоденоанастомоз і частково через СЖП. Дренаж СЖП видалено на 16-ту добу.

Причиною ятрогенного пошкодження СЖП у цього хворого була не діагностована до операції холедоходуоденальна норича як прояв агресивного перебігу ЗЦВ. Сполучення між ДПК і СЖП, мабуть, було мінімальне, тому при рентгеноскопії проникнення контрастної маси в СЖП не виявлено. Пристінкова травма супрадуоденальної частини СЖП була результатом роз'єднання білідигестивної норичі, що можна було б уникнути у разі виконання резекції шлунка на виключення. Обсяг корегувальної операції був завищений. Дренажування СЖП за методом Дюваля-Смірнова – травматична процедура, небезпечна можливим розвитком гострого панкреатиту, холангіту, жовчно-кам'яної хвороби та гепатиту, хронічного панкреатиту. Тривале перебування стороннього тіла в просвіті СЖП призвело до його інкрустації солями жовчних кислот, холедохолітіазу, хронічного холангіту та холангіогенного гепатиту. Зовнішнє дренажування СЖП через пошкоджену його ділянку і зашивання її навколо дренажу сприяло б загоєнню СЖП.

2. Хворий Д., 67 років, пенсіонер, поступив 20.02.1992 р. зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, наявність випорожнень чорного кольору. Два тижні лікувався в районній лікарні. Хворіє на виразкову хворобу ДПК впродовж 10 років, двічі оперований з приводу перфоративної вираз-

ки ДПК. Стан хворого тяжкий. Шкірні покриви бліді, пульс – 120 ударів за 1 хв, АТ – 125/70 мм рт. ст. ФГДС: воротар деформований, звужений, важко прохідний для ендоскопа. В цибуліні ДПК свіжа кров. На задньобочковій стінці ДПК глибока виразка, до 2 см у діаметрі, з пухким червоним тромбом на дні. Forrest – ІА. Аналіз крові: Нв – 78 г/л, ер. – 2,6 Т/л, Нт – 0,25. Діагноз: Виразкова хвороба ДПК, субкомпенсований стеноз, зупинена шлунково-кишкова кровотеча (Forrest – ІА), постгеморагічна анемія ІІІ ст.

Невідкладна операція: Резекція 2/3 шлунка за способом Більрот-ІІ-Фінстєрєра. В черевній порожнині – поширений спайковий процес, спайки роз'єдані. В ділянці цибуліно-зацибуліного переходу на задньобічній стінці ДПК пальпується виразковий інфільтрат 6x8 см, з боку слизової оболонки – виразковий дефект до 2,5 см, що розповсюджується на голівку ПЗ та ПДЗ і звужує ДПК. В петлях тонкої і товстої кишок темний вміст. Під час виділення ДПК з інфільтрату в рані з'явилася жовч. Діагностовано пошкодження СЖП в супрадуоденальній частині. При натискуванні на ЖМ виділяється жовч крізь дефект стінки СЖП розмірами 3x2 мм, в який встановлена дренажна трубка. Дефект СЖП захищений навколо трубки вузловими лавсановими швами. Куксу ДПК сформовано атипово. Виконано резекцію шлунка. При заключній ревізії виявлено пошкодження селезінки. Виконана спленектомія. Перебіг післяопераційного періоду тяжкий. На 4-ту добу діагностована двобічна нижньочасткова пневмонія, на 6-ту – гострий тромбофлебіт лівої підключичної вени. На 12-й день виконана черездренажна холангіографія: контрастна рідина вільно потрапляє в куксу ДПК. Дренаж СЖП видалений 04.03.1992 р. Повз дренажні трубки з черевної порожнини виділявся гній, температура тіла підвищилася до 39-40°C. Рентгенографія оргнів черевної порожнини: спра-

ва в проекції підпечінкової сумки – горизонтальний рівень рідини. *Діагноз: Абсцес черевної порожнини. На 19-й день (11.03.1992 р.) після першої операції виконана релaparотомія, розтин і дренивання абсцесу черевної порожнини. В ділянці мезогастрія виявлено 100 мл гною. Стінка абсцесу утворена петлею тонкої кишки, яка стиснута і непрохідна. Виконано ентеротомію та декомпресію кишечнику. При розділенні спайок пошкоджена прилегла до стінок абсцесу поперечна ободова кишка. Пошкоджену ділянку (до 2 см) зашито вузловими трирядними швами, підведено до верхнього кута лапаротомної рани і відмежовано від черевної порожнини марлевими тампонами. В післяопераційному періоді стан хворого погіршився. На 6-й день (17.03.1992 р.) хворий помер. Результати аутопсії: Черевина сіро-коричнева, з великою кількістю фібринозних нашарувань. Ділянка поперечної ободової кишки розмірами 6x4 см синюшна, має острівцеві некрозу темно-коричневого кольору, який сполучається з вільною черевною порожниною. Шви гастроентероанастомозу та кукси ДПК спроможні. В підпечінковій сумці виявлена невелика кількість сіро-зеленого гною. Жовчні шляхи прохідні. Констатована двобічна нижньочасткова великовогнищева серозно-фібринозна пневмонія. Результати гістологічного дослідження: Легені – вогнищево в просвіті альвеол серозна рідина, злуцені альвеоцити. Стінка поперечної ободової кишки: некроз всіх шарів, тромбоз дрібних брижових судин.*

Аналізуючи даний клінічний випадок, варто зазначити, що тривале консервативне лікування хворого зі шлунково-кишковою кровотечею в умовах районної лікарні призвело до тяжкої анемії і зниження імунітету, що стало підґрунтям післяопераційних інфекційних ускладнень. Квапливе припинення кровотечі з "низької" виразки ДПК, недостатня релаксація хворого, незлагоджені дії членів хірургічної бригади призвели

до травмування селезінки. Поєднання ятрогенної травми СЖП з іншими пошкодженнями внутрішніх органів істотно погіршило стан хворого.

3. *Хворий І., 58 років, поступив 06.07.1994 р. у відділення гастроентерології обласної лікарні зі скаргами на блювання, біль у надчеревній ділянці, запори, схуднення. На виразкову хворобу ДПК хворіє впродовж 20 років. АТ – 130/80 мм рт. ст., пульс – 80 за 1 хв. ФГДС: У ділянці ворота-ря визначаються гіперемія, набряк, стенозування до 0,2 см. Діагноз: Виразкова хвороба ДПК, декомпенсований стеноз ДПК.*

Операція (15.07.1994 р.): Резекція 2/3 шлунка способом Більтрот-ІІ-Фінстерера. На межі верхньої і нижньої частин ДПК визначається виразка, що охоплює 2/3 окружності кишки, глибоко (до 1 см) пенетрує в ПЗ і ПДЗ. Звужена ділянка ДПК розміщена вище виразкового інфільтрату. ДПК мобілізована за методом Кохера. Передня стінка ДПК відсічена від виразки по верхньому її краю. Задньою стінкою ДПК є дно виразки, що унеможливорює формування кукси. Під час відокремлення стінки ДПК від дна виразки в рані виявлено трубчасте утворення (до 0,8 см в діаметрі), з якого витікає жовч. При цьому кукса ДПК стала рухомою. Виконана інтубація СЖП і інтраопераційна холангіографія, що підтвердило пошкодження СЖП. Зонд вільно проникає в ЖМ. Проксимальна частина СЖП мобілізована, двічі перев'язана. Відпрепарувати її дистальну частину не вдалося. Кукса ДПК сформована типово. Виконана резекція шлунка. З метою відведення жовчі в тонку кишку накладено холецистоентероанастомоз (ХЕА) на 50 см нижче зв'язки Трейтца. На привідну петлю ХЕА накладено заглушку за методом О.О.Шалімова. Між привідною і відвідною петлями ХЕА сформовано анастомоз за методом Брауна. До кукси ДПК підведено трубчасті іригатори та марлеві тампони. Перебіг післяопераційного періоду тяжкий. Із дренажних трубок,

підведених до кукси ДПК, виділявся панкреатичний сік (дебіт – до 400 мл). На 20-й день у виділеннях з дренажів з'явилася жовч (600 мл за добу). Черездренажна фістулографія: контрастна речовина проникає в куксу ДПК і шлунок. Незважаючи на інтенсивну інфузійну терапію, стан хворого погіршувався. На 57-й день після операції хворий помер. На розтині виявлено гнійне розплавлення жиркової клітковини навколо ПЗ, неспроможність швів кукси ДПК, проривання парапанкреатичного гнояка в очеревинну порожнину, розлитий фібринозно-гнійний перитоніт.

Слід зазначити, що до операції в даному випадку хірург не зміг виявити "низьку" виразку ДПК та зацибулинний стеноз. Висновок ендоскопіста про неможливість проведення апарату через звужену ділянку "цибулини" ДПК дезорієнтували лікаря. Ним недооцінено розміри виразкового інфільтрату та виразки, сконцентровано увагу на декомпенсованому стенозі, не взято до уваги глибоку пенетрацію її в ПДЗ, а під час мобілізації ДПК пошкоджено ретродуоденальну частину СЖП. Травма СЖП, діагностована під час операції, корегована не повністю. Тому перші 20 днів після операції сік ПЗ витікав з незащитої ретродуоденальної частини СЖП, проникав у черевну порожнину та заочеревинний простір, викликаючи самоперетравлення очеревини і заочеревинної клітковини. Витікання панкреатичного соку з незащитої ретродуоденальної частини СЖП зумовлено відсутністю градієнту тиску, необхідного для подолання опору сфінктерного апарату великого сосочка ДПК. У даному разі потрібно було б обов'язково перев'язати дистальну частину СЖП. Домішки жовчі у виділеннях із дренажів, помічені на 4-му тижні після операції, спричинені неспроможністю кукси ДПК, зумовленої, скоріш за все, девіталізацією стінок ДПК через надмірну мобілізацію та зашивання кукси в умовах інфільтрату. Запобігти ятрогенному травмуванню СЖП можна було б

виконанням менш радикального втручання, наприклад, накладання заднього гастроентероанастомозу або резекція шлунка на виключення.

4. Хворий Г., 47 років, поступив 14.08.2002 р. зі скаргами на періодичний біль у надчеревній ділянці та лівому підбер'ї, відчуття важкості, нудоту, періодичне блювання, схуднення на 6 кг за останні 2 місяці, запори, загальну слабкість. Хворіє впродовж 16 років, 1986 року прооперований з приводу перфоративної виразки ДПК. Рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту: Цибулина ДПК спазмована, деформована, на медіальній стінці визначається виразковий дефект 0,8 см у діаметрі. Кільце ДПК розгорнуте. Через 3,5 год $1/2$ контрасту залишається в шлунку, інша частина в петлях тонкої кишки. Діагноз: Виразкова хвороба ДПК, субкомпенсований стеноз ДПК.

16.08.2002 р. проведена операція: Резекція 2/3 шлунка за способом Більрот-П-Ейзельсберга. Виявлено виражений спайковий процес під печінкою, збільшений шлунок. На відстані 4 см від воротаря – запально-виразковий інфільтрат 3,5 см у діаметрі, виразка до 2 см, розміщені на рівні та нижче ПДЗ. Виразка глибоко пенетрує в ПДЗ та вісцеральну поверхню печінки. Сальниковий отвір "замурований", пульсація печінкової артерії не визначається. ДПК мобілізована за методом Кохера, пересічена по нижньому краю виразки. Кукса ДПК сформована на відкритому просвіті вузловими лавсановими швами. Виконана резекція шлунка. До кукси ДПК підведені дренажні трубки. На 2-гу добу по дренажній трубці з підпечінкової сумки виділилося до 40 мл жовчі. Жовч витікала впродовж 5 діб, максимальний дебіт її не перевищував 110 мл за добу. Гастростаз та післяопераційний парез кишечника спостерігалися протягом перших трьох діб. Хворий одужав.

У наведеному спостереженні мав місце прокол СЖП на етапі формування кукси

ДПК, зумовлений глибокою пенетрацією ЗЦВ в ПДЗ та втягненням СЖП у виразковий процес. Клінічні дані і результати допоміжних методів дослідження в умовах зацібулінної виразки виявилися малоінформативними стосовно можливого втягнення у виразковий інфільтрат СЖП. Прийоми контролю цілісності СЖП не застосовувалися на жодному етапі резекції шлунка. До того ж обсяг оперативного втручання виявився невдалим. Формування кукси ДПК при резекції шлунка II способом Більрота передбачає накладання декількох рядів швів, що саме по собі при ЗЦВ небезпечно можливим ушкодженням СЖП. Локалізація виразки в ділянці бульбодуоденального переходу дає змогу виконати екстрадуоденізацію виразки. Адекватне дронування, УЗ-моніторинг, клінічне спостереження дозволили б уникнути релапаротомії.

5. Хвора Л., 65 років, поступила 18.04.2006 р. в хірургічне відділення ЦРЛ зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, блювання "кавовою гуцею", наявність випорожнень чорного кольору. В 2000 році прооперована з приводу перфоративної виразки ДПК. Стан хворої середньої тяжкості. ФГДС: хронічна виразка передньо-медіальної стінки цибулини ДПК 0,8 см у діаметрі. Аналіз крові: Нв – 80 г/л, ер. – 2,7 Т/л, Нт – 0,23, сечовина – 13,3 ммоль/л, креатинін – 0,92 ммоль/л. Диагноз: Виразкова хвороба ДПК, гостра шлуково-кишкова кровотеча, постгеморагічна анемія III ступеня.

Упродовж 6 днів проводилося консервативне лікування, але стан хворої погіршився. Констатовано рецидив шлуково-кишкової кровотечі. 25.04.2006 р. за життєвими показаннями виконано оперативне втручання: Резекція 1/2 шлунка за способом Більрот-II-Фінстерера. Воротар рубцево звужений. На задньо-медіальній стінці ДПК – виразковий дефект діаметром 1 см. При мобілізації ДПК за методом Кохера виразка розкрилася і шлунок відділився від ДПК. На голівці ПЗ залишилася велика виразка. В центрі виразки наявна затромбо-

вана судина, яку прошито. Кукса ДПК зашита безперервним кетгутівим і двома рядами серозно-м'язових швів. Виконано резекцію шлунка.

На 2-гу добу післяопераційного періоду з дренажів, розміщених у правому підребер'ї, виділилося близько 150 мл чистої жовчі, упродовж 10 діб її кількість збільшилась до 1000 мл на добу. Хвора переведена до обласної лікарні зі скаргами на виражену загальну слабкість, наявність жовчної норичі, виділення крізь дренаж до 500 мл жовчі, набряки нижніх кінцівок. Пульс 98 за 1 хв., АТ – 110/70 мм рт. ст., пальпаторна болючість у правому підребер'ї. УЗД: у проекції голівки ПЗ гіперехогенне (рідинне) утворення (46x28 мм). Нв – 92 г/л, ер. – 3,1 Т/л, к.п. – 0,89, лейкоц. – 16,1 Г/л. Проводилося симптоматичне лікування. За рішенням консилиуму хірургів на 11-ту добу хвору виписали, рекомендовано хірургічне лікування з приводу зовнішньої жовчної норичі через 3 тижні. Але через 5 днів хвора знову поступила в ЦРЛ із скаргами на схуднення, збільшення виділення жовчі по дренажній трубіці, загальну слабкість. Дебіт жовчі 1000-1200 мл на добу. Через наступні 2 доби стан хворої погіршився, посилювався біль у животі, виникли тахікардія, гіпотонія, симптоми подразнення очеревини. Хірург-консультант констатував ознаки перитоніту. Хвора прооперована вдруге (27.05.2006 р.). В черевній порожнині виявлені масивні спайки, каламутна рідина, множинні міжпетельні абсцеси, абсцеси ПЗ. Гнояки розітнуті та сановані, мобілізована кукса ДПК. При натискуванні на ЖМ встановлено витікання жовчі в рану з пересіченої супрадуоденальної частини СЖП. Проксимальний і дистальний кінці СЖП перев'язані. Накладено холецистоєюноанастомоз на відвідну петлю гастроентероанастомозу з міжкишковим анастомозом за методом Брауна. Стан хворої прогресивно погіршувався, 28.05.2006 р. настала смерть. Розтин не проводився.

Причиною смерті хворої Л. виявився

абдомінальний сепсис, що настав у результаті недиагностованого (інтраопераційно та в післяопераційному періоді) пошкодження СЖП під час антрумектомії з приводу кровоточивої, пенетруючої і стенозуючої ЗЦВ. Ятрогенне травмування зумовлене надмірною мобілізацією ДПК за методом Кохера, а відрив її від шлунка був моментом одночасного пересічення СЖП. При цьому ДПК стала рухомою, а її кукса – доступною для зашивання безперервним кетгутовим швом.

Додамо, що нехтування прийомами інтраопераційної діагностики можливого пошкодження СЖП свідчать про відсутність перестороги хірургічної бригади стосовно ятрогенних травмувань. Тривала втрата жовчі призвела до суттєвих розладів електролітного та білкового обмінів, дисбактеріозу. Розповсюдження жовчі в межах ПЗ спричинилося до гострого парапанкреатиту, а згодом – до деструктивних запальних змін ПЗ, розвитку міжкишкових абсцесів, перитоніту, інтоксикації, гнійно-резорбтивного виснаження. Факт витікання жовчі по дренажних трубках не насторожив також співробітників хірургічної клініки. Варто було б провести черездренажну фістулографію (просте, малоінвазивне та високоінформативне рентгенологічне дослідження), за допомогою якої було б встановлено джерело витікання жовчі. Термінове хірургічне втручання, можливо, було б своєчасним.

б. Хворий Д., 33 років, інвалід II групи, поступив 31.12.2006 р. в ЦРЛ зі скаргами на загальну слабкість, наявність чорних випорожнень, блювання. Хворіє впродовж місяця, коли виник нестерпний періодичний біль у животі та блювання. ФГДС: шлунок збільшених розмірів, містить залишки їжі. ДПК не оглянута в зв'язку з малою довжиною апарата. Через воротар проглядається гіперемована слизова оболонка, кров'яний згусток (1 см). У зв'язку з ризиком рецидиву кровотечі хворого, за рекомендацією хірурга-консультанта, транспортовано в обласну лікарню. Стан хворого середньої

тяжкості. Нв – 80 г/л, ер. – 2,6 Т/л, Нт – 0,26. Дані контрольної ФГДС – тотожні. Проведено гемостатичну та противиразкову терапію, призначено синтетичний аналог соматостатину – укреотид 0,01 % (1 мл 3 рази на добу). Протягом 20 годин стан хворого зберігався стабільним. О 14-й години 01.01.2007 р. у хворого з'явилися блювання згустками крові, блідість шкірних покривів. У шлунок введено зонд, по якому витікає свіжа кров. Діагноз: Виразкова хвороба ДПК, триваюча шлунково-кишкова кровотеча.

Операція: Резекція 2/3 шлунка за способом Більрот-II-Бальфура. На рівні ПДЗ пальпується виразковий інфільтрат до 5 см, виразка діаметром до 2 см, відстань від печінкової артерії до нижнього вигину ДПК – 7 см, від воротаря до інфільтрату та виразки – 4,5 см. ДПК виділена з інфільтрату, мобілізована за методом Кохера, після чого встановлено, що виразка знаходиться на задньобоківій стінці нижньої частини ДПК, діаметр її становить 2,5 см, глибина пенетрації – 1,8 см, протяжність стенозу ДПК – 2 см. ДПК відсічена по нижньому краю виразки. Проксимальна та дистальна частина кровоточивої судини прошита П-подібним лавсановим швом. Кукса ДПК сформована відкрито, атипово, трьома рядами швів. Виконана резекція шлунка. У відповідну петлю гастроентероанастомозу встановлений назоінтестинальний зонд.

У післяопераційному періоді проводилася інфузійна, кровозамісна терапія. На 3-тю добу після операції з'явилися біль у правій половині живота та правому плечовому суглобі, ознаки подразнення очеревини. По дренажній трубці з підпечінкової сумки виділяється чиста жовч. УЗД: під печінкою виявлена смуга рідини завширшки 10 мм, у куксі шлунка – велика кількість рідинного вмісту. З кукси шлунка по зонду виділилося до 400 мл застійного шлункового вмісту. Діагноз: Пошкодження СЖП, перитоніт.

Операція (04.01.2007 р.): Релапаротомія. В черевній порожнині виявлено 300 мл

жовчі. Шви кукси ДПК спроможні. На нижньому краю кратера виразки ДПК, що пенетрує в ПДЗ, виявлено отвір діаметром 3 мм, з якого періодично виділяється жовч. Виконана інтубація СЖП, інтраопераційна холангіографія. Контрастна речовина заповнила "біліарне дерево" і частково проникає в куксу ДПК. Дана ситуація розцінена як інтраопераційне пошкодження великого сосочка ДПК. Виділено сегмент тонкої кишки відвідної петлі гастроентероанастомозу на 40 см нижче міжкишкового сполучення Брауна. Ділянка з отвором пересаджена в бік ізольованої за методом Ру петлі тонкої кишки двома рядами вузлових вікрилових швів. Підпечінкову сумку дреновано трьома хлорвініловими трубками. Хворий перебував у відділенні реанімації та інтенсивної терапії. Через 3 доби після повторної операції посилився біль у животі, виділення газів відсутнє. Рівень амілази дренажних виділень становив 28000 од/л (норма – до 1000 од/л), білірубін крові підвищився до 40 ммоль/л. Констатовано гострий післяопераційний панкреатит. До лікування додано ук্রেотид 0,01 % (1 мл 3 рази на добу). Гемодинамічні показники зберігалися стабільними, добовий діурез достатнім, проводилося ентеральне харчування сумішшю "Берламін-Модуляр". Стан хворого поліпшився, його перевели в хірургічне відділення. На 8-му добу після релапаротомії з дренажних трубок виділилося 200 мл жовчі. Проведено допоміжне трубчасте дронування черевної порожнини через лапаротомну рану в напрямку правого підребер'я. Кількість виділеної жовчі за добу не перевищувала 170 мл. Загальний стан хворого поліпшився, випорожнення звичайного забарвлення, через 4 дні витікання жовчі припинилося. Амілаза крові і сечі, білірубін крові нормалізувалися. Хворий лікувався у стаціонарі 26 днів, виписаний в задовільному стані. Огляд через 11 місяців: стан задовільний, нагноєння післяопераційної рани, відторгнення лігатур з рани. Гістологічне

дослідження краю виразки № 10-16 (03.01.2007 р.): у шлунковій стінці по нижній лінії відсікання фіброз підслизової і м'язової оболонок, гіпертрофія м'язової оболонки, бруннеровські залози в підслизовій основі.

У даному спостереженні йдеться про ЗЦВ [5]. Доопераційним ендоскопічним дослідженням не встановлено розміщення виразки в зацибулинній частині ДПК. Інтраопераційно встановлено "низьке" розміщення виразки. Хірургом недооцінені топографо-анатомічні особливості органів біліопанкреатодуоденальної ділянки та втягнення їх у виразковий процес. Під час формування кукси ДПК та інших етапів резекції шлунка не використані прийоми перевірки цілісності цих органів, внаслідок чого не діагностована травма СЖП. Хірургічною помилкою під час релапаротомії слід вважати хибний висновок про травмування великого сосочка ДПК, незважаючи на те, що холангіографія чітко показала проникнення контрастної речовини в куксу ДПК. Виконану під час релапаротомії операцію доречніше кваліфікувати холедохоеюностомією на виключеній за методом Ру петлі тонкої кишки. До речі, травматичність її теж варто віднести до причин, що призвели до гострого післяопераційного панкреатиту та часткової неспроможності холедохоеюноанастомозу, які дивом спрямувалися в регресивному напрямку. Вважаємо, що зовнішнє дронування СЖП через травмовану її ділянку та зашивання СЖП навколо дренажної трубки були б адекватними хірургічними прийомами як безпечнішими і менш травматичними.

7. Хворий С., 55 років, ліквідатор аварії на ЧАЕС, поступив 01.02.2007 р. зі скаргами на періодичний біль у надчеревній ділянці, блювання. Хворіє на виразкову хворобу ДПК 24 роки. Діагноз: Виразкова хвороба ДПК, субкомпенсований стеноз виходу зі шлунка.

Під час резекції 2/3 шлунка способом

Більрот-II-Фінстерера (05.02.2007 р.) виявлено виразку середньої третини малої кривини шлунка 1,5 см в діаметрі та виразку задньобочкової стінки цибулино-зацibuлинного переходу ДПК, рубцеву деформацію ДПК II-III ст., субкомпенсований стеноз ДПК.

В післяопераційному періоді, на 3-тю добу підвищилася температура тіла, посилювався біль у животі. Із дренажних трубок, підведених до кукси ДПК, витікає жовта рідина кількістю до 100 мл. Спостерігаються жовті склери, темний колір сечі, знебарвлений кал. Амілаза сечі – 4501 од/г (норма – 1000 од/г). УЗД: печінка збільшена, жовчні протоки помірно розширені. ЖМ розміром 120x49 мм, СЖП – 10 мм, голівка ПЗ – 31 мм, тіло ПЗ – 23 мм, протока ПЗ – 4 мм. У підпечінковій сумці невелика кількість рідини. Діагноз: Гострий післяопераційний панкреатит з переважним ураженням голівки ПЗ. Призначено укреотид 0,01 % (1 мл підшкірно 3 рази на добу протягом 5 діб), інфузійну терапію, гепатопротектори, антибіотикотерапію, ферментні препарати. Незважаючи на задовільний загальний стан хворого, жовтяниця наростала. На 21-й день після операції загальний білірубін становив 228,4 ммоль/л (прямий – 123,0 ммоль/л, непрямий – 105,4 ммоль/л). Аксиальна КТ: печінка збільшена, внутрішньопечінкові протоки розширені. ЖМ розмірами 140x60мм, ПЗ збільшена в ділянці гачкоподібного відростка. На 28-му добу після першої операції, виконана релапаротомія (02.03.2007 р.). В черевній порожнині виявлено 500 мл серозної рідини жовтого кольору, в межах голівки ПЗ та кукси ДПК – щільний запальний інфільтрат. Печінка, ЖМ збільшені, при стисканні останній не спорожняється. Накладено холецистоентероанастомоз на виключеній за методом Ру відвідній петлі гастроентероанастомозу. Післяопераційний період сприятливий, жовтяниця зникла. Огляд через 11 місяців: стан задовільний.

У даному випадку мало місце прошивання та перев'язка СЖП, що ускладнилося гострим післяопераційним панкреатитом. Цьому ускладненню можна було б запобігти завдяки виконанню ранньої релапаротомії та декомпресійної операції. Не діагностована під час операції травма СЖП зумовлена нехтуванням прийомами перевірки цілісності жовчної чи панкреатичної проток. Поєднання виразок ДПК і шлунка є показанням до резекції шлунка. Резекція шлунка I способом Більрота в поєднанні з дуоденопластикою в даному разі була б безпечнішою в сенсі інтраопераційного травмування, зокрема можливого ушкодження СЖП. Операцією вибору в хворого С. вважаємо резекцію шлунка за способом Більрот-II-Фінстерера на виключення ЗЦВ.

8. Хворий Т., 53 роки, поступив 24.07.2007 р. зі скаргами на інтенсивний періодичний біль у надчеревній ділянці і правому підребер'ї, нудоту, блювання. Біль у животі відчуває протягом 2 років. З 08.07.2007 р. лікувався в ЦРЛ з приводу гострої шлунково-кишкової кровотечі. Хворіє на цукровий діабет. Шкіра бліда. Гіперстенік. ФГДС: Шлунок великих розмірів, перистальтика різко ослаблена, містить велику кількість рідини, залишки їжі. Ворота зяє, тонус його знижений. Виявляються виразка і стенозування вихідного відділу цибулини ДПК. Рентгеноскопія: через 24 години третина барієвої суміші в шлунку, решта – в тонкій кишці. Висновок: декомпенсований стеноз виходу зі шлунка. Призначена противиразкова терапія, але біль не стихав.

26.07.2007 р. виконана операція: Резекція 2/3 шлунка способом Більрот-II-Бальфура. Виразковий інфільтрат діаметром 3,5-4 см циркулярно охоплює ДПК і звужує її просвіт до 1 см, розміщений нижче ПДЗ. Сальниковий отвір "замурований". Відстань від печінкової артерії до нижнього вигину ДПК визначити неможливо. На задній і задньобочковій стінці, в місці переходу цибулини в зацibuлинну частину ДПК виз-

начається виразка 2,6 см в діаметрі, глибиною 0,6 см, що пенетрує в ПДЗ та ПЗ. ДПК мобілізована за методом Кохера. При натисканні на ЖМ виділення жовчі за межі ДПК відсутнє. ДПК виділена з виразкового інфільтрату, відсічена по нижньому краю виразки. Введений у куку ДПК марлевий тампон по жовті. Пальцевим дослідженням великий сосочок ДПК не виявлено. Куку ДПК сформована атипово. Натискуванням на ЖМ встановлена відсутність жовчі в операційній рані. Виконана резекція шлунка з накладанням передободовокишкового гастроентероанастомозу та розвантажувального анастомозу Брауна. Після формування задньої губи гастроентероанастомозу в привідну петлю введений марлевий тупфер, який ледь просякнувся жовчю. При заключній ревізії виявлено незначне збільшення ЖМ та недостатнє його спорожнення при натисканні.

Протягом 2 діб після операції хворого турбував нестерпний біль у животі, який не купірувався традиційними знеболювальними препаратами. На 3-тю добу стан хворого погіршився, з'явилася жовтяниця. По дренажних трубках виділявся рановий вміст. УЗД: печінка помірно збільшена, ЖМ – 110x44 мм, СЖП діаметром 13 мм, явища холангіту. Білірубін крові становив 136,5 ммоль/л (прямий – 45,7 ммоль/л, непрямої – 90,8 ммоль/л), α -амілаза крові – 83,4 од/л. Діагноз: Прокол, прошивання та перев'язка супрадуоденальної частини СЖП під час резекції шлунка. Призначена інфузійна, дезінтоксикаційна терапія. Відновилися випорожнення, але жовтяниця не зменшувалася. З'явилися блювання, випорожнення чорного кольору. По дренажних трубках за добу виділялося до 100 мл жовтої рідини, наростали явища ендогенної інтоксикації.

На 8-му добу післяопераційного періоду доступом Федорова виконана релапаротомія. В ділянці куку ДПК і ПЗ виявлено запальний інфільтрат. ЖМ збільшений вдві-

чі, його стінки набряклі. Провести повну ревізію ПЗ неможливо через обмежений операційний доступ. Комісійно дійшли висновку, що причиною жовтяниці є повна перев'язка дистальної частини СЖП, що спричинилося до гострого холециститу. Виконана холецистостомія. Черездренажна холецистохолангіографія: Розчин тріомбразу заповнив ЖМ та СЖП (діаметром 16 мм) до супрадуоденальної її частини. Контраст у куку ДПК не проникає. В післяопераційному періоді стан хворого погіршився: наростали інтоксикація, анемія, ниркова недостатність, з'явилися рідкі випорожнення. На 6-й день після релапаротомії хворий помер. Аутопсія: У плевральних порожнинах виявлено по 200 мл серозної рідини, в тонкій і товстій кишці – рідина, схожа на кров. ПЗ збільшена, на розрізі має вигляд сот, з яких стікає сіро-біла сметаноподібна рідина – гострий гнійний панкреатит, панкреонекроз. СЖП діаметром 17 мм прошта лігатурою, яка деформує і повністю звужує її просвіт. Вірсунгова протока без змін. У відповідній петлі гастроентероанастомозу виявлена гостра виразка до 4 см у діаметрі, згусток крові масою 200 г.

Аналіз негативних наслідків лікування хворого Т. свідчить, що відсутність адекватної противиразкової терапії призвела до безперервно-рецидивуючого перебігу виразкової хвороби, пошкодження стінки ДПК, розвитку тяжких ускладнень. Інтенсивний біль у животі у хворого гіперстенічної статури, неуспіх консервативного лікування характерні для проявів ЗЦВ та її пенетрації, що не було враховано до операції. Помилкою слід вважати й те, що не було виконано ендобіопсійне дослідження країв виразки. Під час ревізії черевної порожнини недооцінені "низьке" розміщення виразки ДПК, значна її величина (2,6 см), глибока пенетрація в ПДЗ. Сліди крові в кишечнику, декомпенсований стеноз виходу зі шлунка диктували необхідність виконання

резекції шлунка. Також не взято до уваги те, що в привідній петлі гастроентероанастомозу була певна кількість жовчі, а ЖМ наприкінці операції був збільшений і не спорожнювався при натисканні, що свідчило про порушення відтоку жовчі. Не насторожили лікарів і скарги хворого на нестерпний біль у животі в перші 2 доби після операції, що було пов'язано з обструкцією жовчної системи. Явища гастростазу, які не зникли на 3-тю добу післяопераційного періоду, свідчили про початок гострого запалення ПЗ. Встановлення істинної причини жовтяниці (3-тя доба) було утруднене суб'єктивною "хибною" думкою про реактивний панкреатит. УЗД органів черевної порожнини малоінформативне в діагностиці гострого післяопераційного панкреатиту, натомість аксіальна КТ, як ефективніший метод оцінки деструктивних змін ПЗ, не використаний. В результаті гострий післяопераційний панкреатит не встановлений, релапаротомія виконана пізно. До недоліків хірургічного лікування слід віднести й невдалий вибір операційного релапаротомного доступу, який обмежив можливості повної ревізії та виконання панкреатонекрэктомії. Відсутність деструкції ПЗ та ЖМ на 3-4 день післяопераційного періоду або незначна їх вираженість дали б змогу виконати технічно простішу операцію – холецистостеростомію, чим досягти повної внутрішньої декомпресії жовчної системи та запобігти прогресуванню деструктивних змін у ПЗ.

Серед 8 хворих, у яких був "конфлікт" зі СЖП, 6 осіб були працездатного віку. Виразковий анамнез 3 пацієнтів становив 3-10 років, 5 пацієнтів с понад 10 років. Зашивання перфоративної виразки в анамнезі констатовано у 3 осіб, шлунково-кишкова кровотеча – в одного пацієнта. На відсутність ефекту від консервативного лікування вказали 5 хворих. Схуднення понад 5 кг упродовж останнього року настало у 7 пацієнтів, нудота – 8, блювання неперетравленою

їжею – 8, блювання кров'ю – 3, біль у надчеревній ділянці – 7 (3 – при шлунково-кишковій кровотечі), чорні випорожнення – 4, блідість шкірних покривів – 3, гіперстенічна статура – 6, виражений шум "плескоту" – 6, гемоглобін < 80 г/л – 3, кількість еритроцитів < 3,0 Т/л – 3, сечовина крові > 6,0 ммоль/л – 1, креатинін крові > 0,1 ммоль/л – 1, глюкоза крові > 5,6 ммоль/л – 1.

Рентгенологічно звуження ДПК встановлено у 6 хворих. Ніша задньої стінки ДПК виявлена в 1 пацієнта, рубцева деформація ДПК II-III ст. – 3. В одному випадку рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту не інформувала про "нішу" чи стеноз зацибулінної частини ДПК.

ФГДС мала вирішальне значення у виявленні та визначенні інтенсивності кровотечі. Триваюча кровотеча (FI) діагностована в 1 хворого, нестабільний гемостаз (FII) – у 3. Зацибулінне розміщення виразки ендоскопічно не виявлено жодного разу, лише в одному випадку (№ 8) запідозрено звуження вихідного відділу цибулини ДПК. Особливістю ендоскопічної картини була значна запальна інфільтрація країв виразки. У 4 випадках інформативність ФГДС виявилась низькою через стеноз ДПК і неможливість проведення апарата по звуженій ділянці кишки, у 2 – через стеноз ДПК, великі розміри шлунка та зумовлений цим брак довжини апарата. Доопераційним морфологічним дослідженням ендобіоптату країв виразки ДПК з'ясовано розміщення бруннеровських (дуоденальних) залоз у слизовій оболонці чи підслизовій основі, що є ознакою ЗЦВ. При УЗД в 1 хворого виявлені ознаки хронічного панкреатиту.

Підсумовуючи інформативність клінічних результатів, значимість допоміжних методів дослідження у хворих з інтраопераційною травмою СЖП, слід визнати, що до операції було важко встановити ЗЦВ, її величину, наявність і глибину penetрації або стенозу і, відповідно, передбачити технічні труднощі операції та ризик ускладнень.

При ревізії органів черевної порожнини розміри шлунка були збільшені у 7 хворих. Воротар, початкова частина ДПК не були втягнені у виразковий процес у всіх 7 пацієнтів, обстежених за цією ознакою. Спайковий процес у гепатодуоденальній ділянці, "замурованість" сальникового отвору та неможливість визначення місця пульсації печінкової артерії спостерігалися в 7 випадках, виразковий інфільтрат понад 2 см мали 6 хворих, виразку задньо-латеральної стінки – 7, penetрацію виразки одночасно в ПДЗ і ПЗ – 6. Кров у шлунково-кишковому тракті була у 5 хворих, поєднання стенозу, penetрації і кровотечі – у 5. Серед 8 хворих на ЗЦВ в 1 з них констатовано поєднання виразки шлунка і ДПК.

Аналіз частоти клінічних ознак ЗЦВ у хворих, що мали інтраопераційне пошкодження СЖП, дозволяє нам виокремити такі клінічні фактори ризику травмування СЖП: гіперстенічна статура, відсутність ефекту від консервативної терапії, виражений больовий синдром, схуднення понад 5 кг, ускладнений перебіг захворювання (стеноз, шлунково-кишкова кровотеча, перфорація виразки в анамнезі). Наявність 3 і більше наведених ознак може свідчити про "низьку" локалізацію виразки і можливе втягнення СЖП у виразковий процес. Інформативнішими є фактори, виявлені під час операції, зокрема: збільшені розміри шлунка, індіферентні воротар і початкова частина ДПК, спайковий процес у гепатодуоденальній ділянці, виразковий інфільтрат понад 2 см, "замурованість" сальникового отвору, розміщення виразки на задній стінці ДПК, що ускладнилася penetрацією, стенозом та кровотечею.

Інтраопераційне травмування СЖП виявлено в 3 випадках. Під час виконання операції застосували низку діагностичних прийомів для перевірки цілісності СЖП та великого сосочка ДПК. До них відносяться: стискання ЖМ (при його відсутності – стискання печінки двома долонями) з виз-

наченням місця витікання жовчі, введення тампона в куку ДПК для з'ясування наявності в ній жовчі, стискання ПЗ, візуальне та пальпаторне виявлення великого сосочка ДПК, пункція СЖП чи жовчного міхура із введенням барвників (метиленового синього, індігокарміну), ретроградне введення зонда через великий сосочок ДПК, антеградна зондова ревізія СЖП з проведенням зонда крізь дефект СЖП або міхурову протоку (після виконання холецистектомії), інтраопераційна холангіографія, ретроградна холангіовірсунгографія, перевірка стану ЖМ наприкінці операції. Збільшення ЖМ та його неспорожнення при стисканні свідчать про можливу перев'язку СЖП [3, 6, 7] і передбачає виконання інтраопераційної холангіографії. Підозра щодо можливості перев'язки СЖП має бути спростована або підтверджена.

До непрямих ознак цілісності СЖП відносимо підвищену перистальтику відвідної петлі сформованого гастроентероанастомозу при резекції шлунка або гіперперистальтику початкової частини порожньої кишки при завершеній дуоденопластиці, що зумовлено їх подразненням жовчю. Наявність великої кількості жовчі в привідній петлі гастроентероанастомозу під час формування його "задньої губи", яка визначається введенням в її просвіт марлевого тампона або в привідну частину міжкишкового сполучення за Брауном при резекції шлунка способом Більрот-ІІ-Бальфура, може свідчити про відсутність перешкоди відтоку жовчі. Дані прийоми перевірки цілісності СЖП виконуємо поетапно під час мобілізації ДПК, формування її куки, під час дуоденопластики, формування гастроентероанастомозу та на завершальному етапі операції. Перспективним щодо визначення стану СЖП є інтраопераційне УЗД, яке дає змогу дослідити її на всю протяжність, полегшити верифікацію під час мобілізації ДПК і виділення її із запально-виразкового інфільтрату. Дане обстеження має бути ру-

тинним при операціях з приводу виразкової хвороби шлунка і ДПК [8].

Резекція шлунка способом Більтрот-П-Фінстерера виконана 4 хворим, Більтрот-П-Бальфура – 3. Куксу ДПК формували на "відкритому просвіті" всім 8 пацієнтам. Необхідність радикального хірургічного втручання зумовлена гострою шлунково-кишковою кровотечею (4) та декомпенсованим стенозом ДПК (3), поєднанням виразки шлунка і ЗЦВ (1).

В першу добу після операції травма СЖП діагностована в 1 випадку, на 3-тю добу – 3, після 4-ї доби – 1. В 1 випадку операція виконана хірургом I кваліфікаційної категорії, в 7 – вищої. Перебіг післяопераційного періоду був тяжким у 6 хворих. Ознаки обструкції, спричинені перев'язкою СЖП, мали місце у 2 пацієнтів. При цьому нестерпний біль протягом 2 діб, пальпаторний біль живота, темний колір сечі, ахолічний кал, нудота, блювання, анорексія спостерігалися в обох випадках. Прояви гастростазу понад 5 діб були у 1 пацієнта, парезу кишечника понад 5 діб – 1, лейкоцитоз понад $10,1 \text{ Т/л}$ – 2, білірубін крові понад 130 ммоль/л – 1, більше 250 ммоль/л – 1, підвищення рівня амілази крові – 1, глюкози крові понад $5,8 \text{ ммоль/л}$ – 1. Встановити причину жовтяниці в післяопераційному періоді складно, оскільки хірургічне лікування пенетруючої виразки супроводжується реактивним панкреатитом, який також може бути її причиною. В обох наших спостереженнях інтраопераційної перев'язки СЖП жовтяниця настала на 2-гу добу після операції і супроводжувалася гострим деструктивним панкреатитом з летальністю (№ 8). Для діагностики гострого післяопераційного панкреатиту та обструкції СЖП застосовували УЗД і КТ, за допомогою яких виявили збільшення ЖМ, СЖП і внутрішньопечінкових проток, ознаки набряку чи деструкції ПЗ. Деякі хірурги діагностують причину жовтяниці за допомогою ретроградної панкреатохолангіографії чи лапароско-

пічної холецистохолангіографії [3]. Зміна анатомії шлунково-кишкового тракту, виключення ДПК з пасажу хімуса при резекції шлунка П способом Більтрота, запалення тканин і тяжкий стан хворого унеможливають застосування згаданих методів діагностики. Проте УЗД, КТ, МРТ є неінвазивними, достатньо інформативними методами дослідження і повинні обов'язково застосовуватися для встановлення причини жовтяниці в післяопераційному періоді [9].

Витікання жовчі з дренажних трубок констатовано у 3 хворих: протягом першої доби – 1, на 3-тю – 1, після 5-ї доби – 1. Кількість витікаючої жовчі до 100 мл спостерігали при проколі СЖП, що не потребувало виконання релапаротомії. У разі недіагностованого крайового пошкодження супрадуоденальної частини СЖП дебіт виділень становив 100-500 мл жовчі і не зменшувався, що спонукало до повторної операції. Кількість виділеної жовчі через контрапертуру понад 500 мл/доб., що спостерігалося впродовж 31 доби, було показання до невідкладної корегувальної операції.

Ми розрізняємо 3 ступені витікання жовчі з дренажів та контрапертури, за темпами якого з найбільшою ймовірністю можна встановити вид пошкодження СЖП. Витікання жовчі понад 100 мл/доб. свідчить про прокол стінки СЖП, 100-150 мл/доб. – крайове пошкодження супрадуоденальної частини СЖП, понад 500 мл/доб. – повне пересічення або вирізання фрагмента СЖП. Додамо, що відсутність виділення жовчі з дренажів не заперечує можливого травмування СЖП (перев'язування, невдалий вибір місця встановлення дренажу, закупорення трубки фібрином або прилеглим великим сальником, скупчення жовчі у відмежованій спайками порожнині, затікання жовчі в очеревинну порожнину). Жовчний перитоніт, який спостерігався в 1 випадку, не мав типових клінічних ознак і супроводжувався гострою нирковою недостатністю.

У хірургії ятрогенних пошкоджень

СЖП розрізняють відновлювальні, реконструктивні та паліативні операції [8]. Відновлювальних операцій виконано 2 (помер – 1), реконструктивних – 4 (2). Паліативну операцію – холецистостомію виконано 1 хворому (1).

Ускладнений післяопераційний перебіг спостерігали у 5 випадках. Констатовані гострий гнійний парапанкреатит (1), заочеревинна флегмона (1), неспроможність швів кукси ДПК (1), перитоніт (2), гострий панкреатит, панкреонекроз (2), множинні абсцеси черевної порожнини (2), гостра ниркова недостатність (1), гостра печінкова недостатність (2), гостра кровотеча із стресових виразок шлунково-кишкового тракту (1).

Причиною смерті 4 хворих були: абсцес черевної порожнини (1); гострий післяопераційний гнійний парапанкреатит, неспроможність швів кукси ДПК, перитоніт (1); гострий гнійний післяопераційний панкреатит, множинні абсцеси черевної порожнини, перитоніт (1); гострий холецистит, гострий панкреатит, панкреонекроз, механічна жовтяниця, холестатичний гепатит, гострі стресові виразки шлунково-кишкового тракту, гостра шлунково-кишкова кровотеча, анемія (1).

Віддалені результати лікування (від 8 місяців до 20 років) вивчені у 4 одужаних хворих. В 1 випадку настала інкрустація "скритого" дренажу СЖП, холангіт, жовтя-

ниця, що потребувало видалення дренажу та виконання корегувальної операції. У решти 3 хворих повторних операцій не було, їх стан задовільний.

Висновки. 1. Клінічні прояви виразки дванадцятипалої кишки і доопераційні методи дослідження малоінформативні щодо її зацибулинної локалізації, ризику інтраопераційного конфлікту зі спільною жовчною протокою і мало залежать від рівня кваліфікації лікаря. 2. Причинами недиагностованого інтраопераційного пошкодження спільної жовчної протоки є ігнорування клінічними, інтраопераційними та ендобіопсійними факторами ризику можливого травмування спільної жовчної протоки, а також неповний обсяг діагностичних прийомів визначення її цілісності під час оперативного втручання. 3. Вибір адекватного операційного прийому (відновлення, реконструкція, паліатив) при ятрогенному пошкодженні спільної жовчної протоки залежить від виду і часу встановлення пошкодження, загального стану хворого та кваліфікації хірургічної бригади.

Перспективою подальших досліджень вважаємо розробку інформаційних методів доопераційної діагностики зацибулинної виразки дванадцятипалої кишки, прогнозування і виявлення інтраопераційного ятрогенного травмування спільної жовчної протоки.

Література

1. Асадов С.А. Формирование дуоденальной культуры при резекции желудка по поводу "трудных" язв двенадцатиперстной кишки / С.А.Асадов, Я.С.Салехов, Э.Э.Алиев // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 78-81.
2. Курбонов К.М. Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложнённых пенетрацией в головку поджелудочной железы / К.М.Курбонов // Хирургия. – 1999. – № 2. – С. 8-10.
3. Григорян Р.А. Релапаротомия в хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки / Григорян Р.А. – М.: ООО "МИА", 2005. – 400 с.
4. Гришин И.Н. Повреждения желчевыводящих путей. Хирургическая коррекция, классификация, основные принципы диагностики, этиология, патогенез / Гришин И.Н. – Минск: Харвест, 2002. – 142 с.
5. Морфологічна діагностика виразки дванадцятипалої кишки зацибулинної локалізації / І.О.Козак, О.Г.Курик, В.В.Власов [та ін.] // Укр. мед. альманах. – 2007. – Т. 10, № 3 (додаток). – С. 11-13.
6. Годлевский А.И. Повреждение общего желчного протока при резекции желудка по поводу пенетрирующей дуоденальной язвы / А.И.Годлевский // Вестн. хирургии. – 1989. – № 1. – С. 123-124.
7. Нихинсон Р.А. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений желчных протоков / Р.А.Нихинсон, Г.Ю.Дудникова, В.В.Хоменко // Клини. хирургия. – 1989. – № 9. – С. 53-54.
8. Ничитайло М.Е. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М.Е.Ничитайло, А.В.Скумс. – К.: Макком, 2006. – 342 с.
9. Майстренко Н.А. Повреждение желчных протоков при традиционных и видеолaparоскопических операциях / Н.А.Майстренко, В.В.Стукалов, С.Б.Шийко // Анн. хир. патол. – 2000. – Т. 5, № 2. – С. 122-123.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННОЙ ЗАЛУКОВИЧНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Резюме. Проведен анализ интраоперационного повреждения общего желчного протока (ОЖП) у 8 больных, которым выполнена резекция желудка по Бильрот-II по поводу залуковичной язвы двенадцатиперстной кишки. Выделены факторы риска ятрогенного травмирования ОЖП. Выбор адекватного оперативного приема (восстановление, реконструкция, паллиатив) при ятрогенном повреждении ОЖП зависит от вида и времени диагностики повреждения, общего состояния больного и квалификации хирургической бригады.

Ключевые слова: залуковечная язва двенадцатиперстной кишки, ятрогенное повреждение общего желчного протока, диагностика, лечение.

DAMAGE OF THE COMMON BILE DUCT IN SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED POSTBULBAR ULCER OF THE DUODENUM

Abstract. The authors have presented an analysis of intraoperative damage of the common bile duct (CBD) in 8 patients who underwent the stomach resection according to Bilioth-II for postbulbar ulcer of the duodenum. Risk factors of iatrogenic injuring of the CBD have been singled out. A choice of an adequate operative procedure (repair, reconstruction, palliation) in case of a iatrogenic injury of the CBD depends on the type and time of diagnising the damage, a patient's general condition and the qualification of a surgical team.

Key words: duodenal postbulbar ulcer, CBD iatrogenic injury, diagnostics, treatment.

M.I.Pyrohov National Medical University (Vinnytsia),
Regional Clinical Hospital (Khmeln'nyts'kyi)

Надійшла 25.04.2008 р.
Рецензент – д. мед. н. В.П.Польовий (Чернівці)