

РЕДАКЦИОННАЯ СТАТЬЯ
EDITORIAL ARTICLE

<https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2024.5.EDT.1>
УДК 616.36-089.168.1-06:616.361-001-089.844



ЗАЩИЩЁН ЛИ ХИРУРГ, УСТРАНЯЮЩИЙ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ (НА ПРИМЕРЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ И СТРИКТУРАМИ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ)

В.И. Белоконев

Самарский государственный медицинский университет, ул. Чапаевская, д. 89, г. Самара, 443099, Россия

Резюме. *Цель:* проанализировать юридическую и профессиональную защищённость хирургов, выполняющих операции по устранению осложнений после первичных вмешательств на внепечёночных желчных протоках на примере лечения пациентов с травмами и стриктурами. *Материалы и методы.* Проведён ретроспективный анализ лечения 123 пациентов, которым в период с 2000 по 2024 год были выполнены реконструктивные операции. Для оценки результатов применялись методы статистического анализа, включая тесты χ^2 и поправку Йетса. Исследование включало изучение хирургических техник, тактики лечения и юридических аспектов медицинской документации. *Результаты.* Травмы и стриктуры внепечёночных желчных протоков чаще возникали при лапароскопической холецистэктомии и резекции желудка. Основные осложнения связаны с анатомическими особенностями протоков, воспалительными изменениями и недостаточной квалификацией хирургов. Наиболее эффективным методом лечения признана гепатикоэнтеростомия на сменном транспечёночном дренаже, при которой летальность составила 9,8%. Однако при наружном дренировании летальность достигала 66–80%. Отдалённые результаты показали, что частота стриктур анастомозов была минимальной (1,37%) при транспечёночном дренировании. *Выводы.* Успех лечения осложнений внепечёночных желчных протоков зависит от уровня профессионализма хирургов, применяемых методов лечения и их соответствия современным стандартам. Для снижения юридических рисков важно корректное описание осложнений в медицинской документации. Авторы акцентируют внимание на необходимости регулярного анализа врачебных ошибок и улучшения системы обучения хирургов.

Ключевые слова: хирургия, внепечёночные желчные протоки, травмы, стриктуры, осложнения, холецистэктомия, реконструктивная хирургия, транспечёночное дренирование, юридическая ответственность, врачебные ошибки.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Соответствие нормам этики. Автор подтверждает, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая обязательное получение информированного согласия.

Для цитирования: Белоконев В.И. Защищён ли хирург, устраняющий осложнение после предшествующей операции (на примере лечения пациентов с травмами и стриктурами внепечёночных желчных протоков). *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: Реабилитация, Врачи и Здоровье.* 2024;14(5):6-12. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2024.5.EDT.1>



IS A SURGEON PROTECTED WHEN TREATING COMPLICATIONS AFTER A PREVIOUS OPERATION? (A CASE STUDY OF TREATING PATIENTS WITH INJURIES AND STRICTURES OF THE EXTRAHEPATIC BILE DUCTS)

Vladimir I. Belokonev

¹Samara State Medical University, 89, Chapaevskaya str., Samara, 443099, Russia

Abstract. *Objective:* to analyze the legal and professional protection of surgeons performing operations to treat complications after primary interventions on the extrahepatic bile ducts, using the example of treating patients with injuries and strictures. *Materials and methods.* A retrospective analysis of the treatment of 123 patients who underwent reconstructive surgery between 2000 and 2024 was conducted. Statistical analysis methods, including χ^2 tests and Yates's correction, were used to evaluate the results. The study included an examination of surgical techniques, treatment tactics, and legal aspects of medical documentation. *Results.* Injuries and strictures of the extrahepatic bile ducts most often occurred during laparoscopic cholecystectomy and gastric resection. The main complications were associated with the anatomical features of the ducts, inflammatory changes, and insufficient qualifications of surgeons. Hepaticoenterostomy with a replaceable transhepatic drain was recognized as the most effective treatment method, with a mortality rate of 9.8%. However, with external drainage, mortality reached 66-80%. Long-term results showed that the frequency of anastomotic strictures was minimal (1.37%) with transhepatic drainage. *Conclusions.* The success of treating complications of the extrahepatic bile ducts depends on the level of professionalism of surgeons, the applied treatment methods, and their compliance with modern standards. To reduce legal risks, it is important to correctly describe complications in medical documentation. The authors emphasize the need for regular analysis of medical errors and improvement of the system of training surgeons.

Keywords: surgery, extrahepatic bile ducts, injuries, strictures, complications, cholecystectomy, reconstructive surgery, transhepatic drainage, legal responsibility, medical errors.

Competing interests. The author declare no competing interests.

Funding. This research received no external funding.

Compliance with ethical principles. The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary.

Cite as: Belokonev V.I. Is a surgeon protected when treating complications after a previous operation? (a case study of treating patients with injuries and strictures of the extrahepatic bile ducts). *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ": Rehabilitation, Doctor and Health.* 2024;14(5):6-12. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2024.5.EDT.1>

Введение

В структуре хирургических отделений пациенты с желчнокаменной болезнью и острым холециститом занимают первое место по частоте заболеваний, поэтому холецистэктомия является наиболее частым оперативным вмешательством [1-3]. В настоящее время удаление желчного пузыря выполняется традиционным открытым и лапароскопическим способами, а также из мини-доступа. Эти операции поставлены в отделениях практически на поток, и только при развитии осложнения исключительно редко производится анализ их результатов. Наиболее тяжелыми осложнениями при холецистэктомии (ХЭ) являются травмы и стриктуры внепечёночных желчных протоков [4-8]. По статистике, при желчнокаменной болезни стриктуры терминального отдела общего желчного протока (*ductus choledochus*) образуются у 13% больных, после пересадки донорской печени – у 5-15% пациентов, сегмента печени – у 28-32% [9-12], в то же время повреждения при открытой холецистэктомии – у 1-3%, при лапароскопической ХЭ – у 3,5%, при ХЭ из мини-доступа – у 0,4-1%, при резекции желудка – у 0,1-1,5%.

Причинами развития осложнений являются анатомические особенности строения внепечёночных желчных протоков, воспалительные изменения в желчном пузыре и в подпечёночном пространстве, электротравма, недостаточная квалификация хирурга. Если первичные операции на желчном пузыре

проводят хирурги независимо от их стажа, что особенно наглядно показывают операции, выполняемые лапароскопическим способом, то при развитии осложнений способами реконструктивных вмешательств владеют единицы. Стремление во чтобы то ни стало провести и завершить операции малоинвазивными способами, при которых в сложных случаях трудно и даже невозможно детально оценить особенности строения и изменения в холедохе, отказ от открытого удаления конкрементов из его просвета с перекладыванием этого этапа на эндоскопическую папиллосфинктеротомию и холедохолитотомию способствуют развитию тяжёлых осложнений и повреждений внепечёночных желчных протоков (ВЖП). Замеченная во время выполнения первичной операции травма холедоха при участии хирурга, владеющего техникой повторных вмешательств, позволяет устранить осложнение без фатальных последствий. При травме протока на протяжении от конfluence до двенадцатиперстной кишки (ДПК) операция заключается в формировании гепатикоюаноанастомоза на отключенной петле по Ру, а в случае недостаточной квалификации хирурга или при тяжёлом состоянии пациента – в выполнении наружного дренирования желчного протока [4]. Это классический постулат, который из конференции в конференцию, из съезда в съезд рекомендуют к исполнению хирурги, сталкивающиеся с лечением таких осложнений, при которых тактика ведения па-

циентов доказана и обоснована в фундаментальных исследованиях Е.В. Смирнова, В.В. Виноградова, Э.И. Гальперина и их коллективами [13-18].

Если травма протока не установлена во время операции, а после её завершения развивается синдром желчеистечения, то показана релапаротомия, во время которой после обнаружения повреждённого протока наиболее эффективным способом отведения желчи является проведение сквозного транспечёночного дренажа. Решение при этом о формировании гепатикоэнтероанастомоза на сквозном дренаже зависит от изменений в подпечёночном пространстве, степени тяжести механической желтухи по Э.И. Гальперину [17]. При абсцессе в подпечёночном пространстве, электротравме протока и желтухе II и III степени наложение первичного анастомоза противопоказано, поэтому оба конца сквозного дренажа выводят на переднюю брюшную стенку для формирования управляемого наружного желчного свища. Гепатикоэнтероанастомоз накладывают вторым этапом после купирования воспаления и желтухи.

Наиболее тяжёлые и фатальные осложнения развиваются при травме транс- и ретродуоденального отдела холедоха во время выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии, манипуляциях на большом дуоденальном сосочке и резекциях желудка по способу Бильрот II. Следствием таких повреждений является панкреатит, парапанкреатическая флегмона забрюшинного пространства, развитие энтеральной и полиорганной недостаточности с летальным исходом.

Пациентам со стриктурами гепатикохоледоха после установления уровня стриктуры показано формирование каркасного при диаметре гепатикохоледоха менее 15 мм, а при диаметре более 15 мм бескаркасного анастомоза с тощей или двенадцатиперстной кишкой после предшествующей резекции желудка по способу Бильрот 2. При невозможности выполнения восстановительной операции и попыток эндоскопического билиарного стентирования пациентам показано наружное чрескожное чреспечёночное дренирование протоков.

При выполнении повторной операции хирург, устраняющий осложнение, всегда стоит перед проблемой, как описать обнаруженные изменения в холедохе. Если оставить запись, что холедох повреждён, то это прямое указание на ятрогенную его причину, что укладывается в понятие ненадлежащего оказания медицинской помощи и является следствием судебного разбирательства и наказания. Если описать изменения в холедохе как наружный желчный свищ, не указывая его причину, и послеоперационный период пройдёт без осложнений, то это в полной мере оправдано. Но если возникнут осложнения, которые могут быть одновременно и

следствием первой неудачно выполненной операции, то они переходят под осложнения второго оперирующего хирурга. Диалектика осложнений при травме внепечёночных желчных протоков напрямую связана с причинно-следственными связями, поэтому всегда встает вопрос, как не навредить коллеге, который, конечно же, и не думал нанести пациенту вред, но и не навредить при этом себе. Поэтому вопрос, как описать в истории болезни возникшее осложнение, остаётся открытым. Особенно эта проблема приобретает значение, когда родственники в случае смерти больного подают гражданские и судебные иски. В таких случаях полнота ответственности ложится не только на первого, но и на второго хирурга, хотя, на первый взгляд, кажется, что он действовал только из гуманных соображений, помогая спасти пациента и выручая своего коллегу.

Цель исследования: на примере лечения пациентов с травмами и стриктурами внепечёночных желчных протоков ответить на вопрос о защищённости или незащищённости хирурга, устраняющего осложнение после предшествующей операции.

Материалы и методы

Проведён анализ лечения 123 пациентов с травмами и стриктурами гепатикохоледоха за период с 2000 по 2024 гг. Возраст пациентов колебался от 20 до 79 лет. Мужчин было 30 (24,4%), женщин – 93 (75,6%). «Свежая» травма протоков, по классификации Э.И. Гальперина и А.Ю. Чевокина (2010), была у 64 (50,4%) пациентов: при лапароскопической холецистэктомии (ЛХ) повреждение было у 29 (46,8%) пациентов, при открытой холецистэктомии – у 20 (32,8%), эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) – у 5 (8,1%), резекции желудка (РЖ) – у 6 (9,5%), при закрытой травме живота (ЗТЖ) – у 2 (3,2%). Стриктуры гепатикохоледоха были у 59 (49,6%) пациентов: после ЛХ стриктуры образовались у 11 (18%) человек, после ОХ – у 40 (65,6%), ЭПСТ – у 8 (13,1%), после резекции желудка – у 2 (3,3%) пациентов. То есть при лапароскопической холецистэктомии чаще возникала свежая травма ($\chi^2 = 5,9$; $p = 0,015$), а после открытой холецистэктомии – стриктуры гепатикохоледоха ($\chi^2 = 10,4$; $p = 0,001$).

Все реконструктивные операции у пациентов, включённых в исследование, были выполнены одной бригадой хирургов, имеющих опыт реконструктивных вмешательств на желчных протоках. Вмешательства на внепечёночных желчных протоках проводили с учётом морфологических особенностей их строения, которые заключаются в отсутствии подслизистой оболочки и хорошо развитой адвентициальной оболочки, из которой кровоснабжаются

стенки общего печёночного и общего желчного протоков [19, 20]. Петлю тощей кишки по Ру формировали на расстоянии 15–20 см от связки Трейтца, а гепатикоэнтероанастомоз накладывали на расстоянии не менее 70 см от межкишечного анастомоза по Брауну. Анастомоз накладывали однорядными узловыми швами рассасывающимися нитями полигликолид 3.0–4.0. После операций замену транспечёночного дренажа проводили через 2 месяца на протяжении двух лет. Эндоскопическое стентирование проводили пациентам со стриктурами гепатикохоледоха для купирования холангита и холангиогенного гепатита до реконструктивной операции, а также в случаях отказа пациента от неё.

Статистический анализ проведён в среде пакета SPSS 21 (лицензия № 20130626-3). Для сравнения качественных признаков (клинико-anamnestических данных и осложнений операций) по группам проводили анализ таблиц сопряжённости с расчётом статистики χ^2 Пирсона. При размерности таблицы сопряжённости 2×2 использовали поправку Йетса на непрерывность. Результаты представлены в виде абсолютного значения и процентов. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

При травмах внепечёночных желчных протоков имеется связь между локализацией повреждения и выполняемым оперативным вмешательством. Так, травмы внепечёночных протоков от ворот печени до ДПК связаны с операциями на желчном пузыре; травма трансдуоденального отдела холедоха – с эндоскопической папиллосфинктеротомией, ретродуоденального отдела холедоха – с резекцией желудка по способу Бильрот II при постбульбарных язвах ДПК.

При «свежей» травме гепатикоэнтеростомия из 64 пациентов у 33 (51,6%) повреждение было установлено во время выполнения первичной открытой и лапароскопической холецистэктомии, у 31 (48,4%) – после операций при развитии синдрома желчеистечения и перитонита. На сменном транспечёночном дренаже по Гетцу операции выполнены у 51 (79,7%) пациента, в том числе на втором этапе у 2 человек с электротравмой протока, умерло 5 (9,8%) пациентов. У 2 (3,1%) пациентов при травме холедоха с формированием подпечёночного абсцесса выполнено дренирование по Керу, умер 1 человек. У 6 (9,4%) пациентов при травме холедоха во время резекции желудка по Бильрот II по поводу постбульбарных язв были выполнены следующие операции: у 1 больного с расположением Вирсунгова протока выше большого дуоденального сосочка (БДС) проток был перевязан и наложен гепатико-дуоденоанастомоз с культей ДПК, ушитой дисталь-

нее расположения БДС; у 2 пациентов с сохранённой слизистой вокруг БДС были наложены анастомозы с петлёй кишки, отключенной по Ру, и проведением транспечёночного дренажа через БДС после папиллосфинктеротомии, 1 пациент умер; у 3 пациентов с расположением холедоха и Вирсунгова протока у устья БДС выполнено наружное дренирование протока по Керу (1), транспечёночное дренирование по Гетцу (2), слепое дренирование Вирсунгова протока (1) и дренирование подпечёночного пространства, 3 человека умерли от прогрессирующей флегмоны брюшинного пространства и полиорганной недостаточности. При травме трансдуоденального отдела холедоха во время эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) у 5 (7,8%) пациентов выполнено наружное дренирование холедоха по Керу или Гетцу, отключение желудка от ДПК, наложение переднего гастроэнтероанастомоза, дренирование подпечёночного и брюшинного пространства; умерло 4 пациента от прогрессирования ферментативной флегмоны брюшинного пространства и полиорганной недостаточности. Всего из 64 пациентов со «свежей» травмой внепечёночных желчных протоков умерло 14 (21,9%) пациентов в сроки от 3 до 30 суток. При травме внепечёночных протоков от ворот печени до ДПК из 51 пациента умерло 5 (7,8%), при травме трансдуоденального отдела холедоха во время эндоскопической папиллосфинктеротомии из 5 умерло 4 (80%); при травме ретродуоденального отдела холедоха во время резекции желудка по способу Бильрот II при постбульбарных язвах ДПК из 6 умерло 4 (66,7%).

Сравнение результатов операций у пациентов с повреждениями ВЖП и послеоперационная летальность после них показывают, что они зависят от уровня повреждения внепечёночных желчных протоков, технических возможностей устранения возникших осложнений, также показывают, что при выполнении гепатикоэнтеростомии на сменном транспечёночном дренаже по Гетцу летальность (9,8%) значительно ниже, чем при наружном дренировании гепатикохоледоха, и достигает 66–80% ($\chi^2 = 10,470$; $p = 0,002$).

Из 59 пациентов со стриктурами ВЖП гепатикоэнтеростомия на сменном транспечёночном дренаже по Гетцу выполнена у 33 (55,9%); бескаркасная гепатико-дуоденоанастомия после резекции желудка по Бильрот II – у 2 (3,4%), гепатикоэнтеростомия – у 1 (1,7%); эндоскопическое стентирование гепатикохоледоха – у 10 (16,9%); наружная чрескожная чреспечёночная гепатикостомия – у 3 (5,1%) человек. Всего из 59 пациентов со стриктурами гепатикохоледоха после хирургических вмешательств умерло 2 (3,4 %).

Отдалённые результаты в сроки от 1 года до 22 лет изучены у 106 пациентов. Из 76 пациентов, перенёвших операцию Гетца на сменном транспечёночном дренаже, трое умерли от причин, не связанных с операцией, один – от сепсиса после трансплантации печени, выполненной по поводу опухоли Клацкина. К настоящему периоду из 73 пациентов стеноз анастомоза развился у 1 (1,37%), что удалось устранить временным наружным чрескожным чреспечёночным стентированием анастомоза. Из 15 пациентов, которым выполнено бескаркасное наложение гепатикоэтероанастомоза (11) и гепатикододеноанастомоза (4), стриктура анастомоза сформировалась у 1 (6,7%). У 5 пациентов с наружным дренированием холедоха по Гетцу (1), Керу (1), при внутреннем эндобилиарном стентировании (3) вторым этапом была выполнена гепатикоэтеростомия на сменном транспечёночном дренаже по Гетцу с положительными результатами. Отказались от повторной операции 7 пациентов с внутренним эндобилиарным стентированием и 3 с наружным чрескожным чреспечёночным билиарным стентированием; им проводится периодическая замена стентов.

Сравнение отдалённых результатов 73 операций гепатикоэтеростомии на сменном дренаже по Гетцу, после которых стеноз анастомоза сформировался у 1 (1,37%) пациентки, с 15 операциями наложения бескаркасных гепатикоэтеростомий и гепатикододеноанастомоза, после которых стеноз анастомоза сформировался у 1 (6,67%), указывает на статистически значимые различия ($p < 0,05$).

Обсуждение

Причинами тяжёлых осложнений при травме внепечёночных желчных протоков являются технические и тактические ошибки в «нестандартных ситуациях» [21, 22]. Особенность оказания помощи пациентам с травмами и стриктурами внепечёночных желчных протоков состоит в длительности лечения, в постоянном контакте с пациентом и его родственниками, которые требуют объяснений по поводу особенностей лечения заболевания, возникших осложнений и их причин. Если травма протока была замечена сразу, то выполнить восстановительную операцию сложно, но она проводится на тканях без выраженного воспаления, что способствует положительному результату [23]. Другое дело, когда травма была не замечена, и повторная операция выполняется на воспалённых окружающих тканях и тканях холедоха, что повышает риски неудовлетворительного результата. Неблагоприятными факторами являются попытки устранения осложнения самим хирургом, либо подключение к операции врачей, не владеющих реконструктивными вмешательствами, но дающих рекомендации по

методам дополнительной диагностики и способам лечения осложнения, которые не всегда обоснованы, затягивая время по их устранению и приводя к новому осложнению, наслаивающемуся на первое. Тогда на все новые вопросы, связанные с лечением больного, уже приходится отвечать хирургу, выполнившему реконструктивную операцию. Практика лечения пациентов с травмами и стриктурами внепечёночных желчных протоков показала, что хирурги, допустившие осложнение, стараются избежать контакта с пациентом не только сразу после операции, но и в период, когда приходилось проводить замену дренажей, а это срок минимум 2 года. Подавляющее большинство врачей, если пациент выписан из стационара после возникшего осложнения, практически не интересовалось его судьбой и окончательным результатом лечения. Если результат хороший, то вопросов не возникает, а если неудовлетворительный, а тем более плохой, то хирург, выполнивший реконструктивную операцию, так же отвечает за результат, как и врач, допустивший осложнение, потому что никто и никогда напрямую не скажет: «Я допустил ошибку, и простите меня за это!».

Чрезмерное увлечение хирургической техникой в ущерб воспитанию и совершенствованию клинического мышления приводит к тому, что приходится наблюдать, как начинающие хирурги искренне радуются, когда выясняется, что пациенту предстоит операция, и огорчаются, когда становится ясно, что можно обойтись без вмешательства. Немецкий хирург Куленкамппф говорил: «Выполнение операции является в большей или меньшей степени делом техники, воздержание же от неё – результат искусной работы утончённой мысли, строгой самокритики и точнейшего наблюдения». Увлечение разнообразными специальными методами исследования в ущерб клиническому мышлению – одна из причин ошибок, встречающихся в последние годы. Стремление врача прикрыться авторитетом консультантов наблюдается всё чаще. Лечащий врач-хирург, не утруждая себя анализом клинических проявлений, приглашает консультантов, исправно фиксирует в истории болезни их суждения, подчас весьма противоречивые, и совершенно забывает, что ведущей фигурой в диагностическом и лечебном процессе является не врач-консультант, вне зависимости от его титула, а именно он – лечащий врач. Анализ врачебных ошибок – обязательное условие сокращения их числа. Анализ должен быть постоянным, он не может сводиться к квартальным или годовым отчётам, либо ограничиваться клинико-анатомическими конференциями. Лучше практиковать разбор допущенной ошибки на утренней конференции следующего дня. Первейшей целью анализа врачебной ошибки должен быть не поиск и наказание виновного, а поиск причины совершённой ошибки и путей

её предупреждения. Но часто анализ ошибки подменяется поиском и наказанием виновного, сохраняя тем самым условия повторения той же ошибки в будущем. Разбор ошибки должен проводиться деликатно, без унижения профессионального и человеческого достоинства врача, допустившего просчёт. Есть выражение: «На ошибках учатся». Бисмарку приписывают слова: «Только глупые люди учатся на своих ошибках, умные учатся на чужих». Врачу не подходят оба высказывания. По мнению академика В.С. Савельева (1997), врач должен учиться на своих и на чужих ошибках, более того, он обязан учить других на своих ошибках во имя уменьшения их числа! «Только слабые духом, хвастливые болтуны и утомлённые жизнью боятся своих ошибок. Кто чувствует в себе силу сделать лучше, тот не имеет страха перед осознанием своей ошибки», – Теодор Бильрот. Академик Б.В. Петровский писал: «Мы должны всегда помнить о «золотом правиле», которое рекомендовано нашими учителями, русскими врачами, о том, что мы можем предложить больному тот или другой метод, даже опасный, даже рискованный метод лечения, даже крупную новую операцию в том случае, если мы этот метод можем рекомендовать самому себе или своим близким».

Отказ же от соблюдения таких рекомендаций является причиной развития новых, но уже фатальных для жизни пациента осложнений, укладываемых в понятие ненадлежащего оказания медицинской помощи, то есть оказания помощи, не соответствующей требованиям, предъявляемым к ней законодателем. В соответствии с ч. 2 ст. 98 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» медицинские организации и медицинские работники несут ответ-

ственность по законодательству Российской Федерации за нарушение прав пациентов в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни или здоровью пациентов при оказании медицинской помощи. Правонарушение, совершённое медицинским работником, может привести к наступлению гражданско-правовой ответственности, административной ответственности, дисциплинарной ответственности, материальной ответственности, уголовной ответственности.

Уголовная ответственность врача наступает в случае, если причиной возникновения тяжёлых последствий для пациента является оказание медицинской помощи ненадлежащим образом. Как правило, это заключается в недостаточном, несвоевременном или неадекватном лечении, обусловленном субъективными причинами.

Выводы

У пациентов с травмами и стриктурами внепечёночных желчных протоков выбор способа лечения зависит от уровня и характера повреждения (пересечение, иссечение, лигирование, клипирование, электротравма), размеров протока, от развившихся осложнений и сроков с момента первичной операции.

У пациентов с травмами и стриктурами внепечёночных желчных протоков операции должны выполняться хирургами, владеющими реконструктивно-восстановительными операциями.

Юридическая защищённость хирурга, выполняющего операцию у пациента с травмами и стриктурами внепечёночных желчных протоков, зависит от объективного описания осложнения, возникшего после выполнения первичной операции.

Литература [References]

- 1 Борисов А.Е. *Первичные повреждения и рубцовые стриктуры желчных протоков*. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей: В 2 т. Санкт-Петербург: Скифия, 2003;2:183-268. Borisov A.E. *Primary injuries and cicatricial strictures of the bile ducts*. Manual of surgery of the liver and biliary tract: In 2 volumes. St. Petersburg: Skifiya, 2003;2:183-268. (In Russ).
- 2 Бражникова Н.А., Мерзликин Н.В., Цхай и соавт. Непосредственные результаты корригирующих операций поврежденных желчных протоков при холецистэктомиях. *Бюллетень сибирской медицины*. 2012;11(1):141-149. Brazhnikova N.A., Merzlikin N.V., Tskhai et al. Immediate results of corrective surgeries for bile duct injuries during cholecystectomy. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2012;11(1):141-149. (In Russ).
- 3 Расулов Н.А., Курбонев К.М., Назирбоев К.Р. Оптимизация диагностики и лечения различных типов рубцовых стриктур желчных протоков. *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. 2017;2(22):47-50. Rasulov N.A., Kurbonov K.M., Nazirboev K.R. Optimization of diagnostics and treatment of various types of cicatricial strictures of the bile ducts. *Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan*. 2017;2(22):47-50. (In Russ).
- 4 Майстренко Н.А., Ромашченко П.Н., Алиев А.К., Сибирев С.А. Острое нарушение желчевыводящих протоков. *Вестник Российской военно-медицинской академии*. 2016;1(53):124-130. Maistrenko N.A., Romashchenko P.N., Aliev A.K., Sibirev S.A. Acute bile duct disorder. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2016;1(53):124-130. (In Russ).
- 5 Bismuth H., Majno P.E. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment. *World J Surg*. 2001 Oct;25(10):1241-4. <http://doi.org/10.1007/s00268-001-0102-8>
- 6 Renz B.W., Bösch F., Angele M.K. Bile Duct Injury after Cholecystectomy: Surgical Therapy. *Visc Med*. 2017 Jun;33(3):184-190. <http://doi.org/10.1159/000471818>.
- 7 Ma M.X., Jayasekera V., Chong A.K. Benign biliary strictures: prevalence, impact, and management strategies. *Clin Exp Gastroenterol*. 2019 Feb 18;12:83-92. <http://doi.org/10.2147/CEG.S165016>
- 8 Kukar M, Wilkinson N. Surgical Management of Bile Duct Strictures. *Indian J Surg*. 2015 Apr;77(2):125-32. <http://doi.org/10.1007/s12262-013-0972-7> Epub 2013 Sep 20. PMID: 26139967; PMCID: PMC4484525
- 9 Восканян С.Э., Попов М.В., Артемьев А.И. и соавт. Билиарные анастомотические стриктуры после трансплантации правой доли печени от живого родственного донора: опыт одного трансплантационного центра. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2021;(2):5-13. Voskanyan S.E., Popov M.V., Artemyev A.I. et al. Biliary anastomotic strictures after right lobe liver transplantation from a living related donor: the experience of one transplant center. *Surgery. Journal im. N.I. Pirogov*. 2021;(2):5-13. (In Russ).

- 10 Ikegami T., Shirabe K., Morita K. et. al. Minimal hilar dissection prevents biliary anastomotic stricture after living donor liver transplantation. *Transplantation*. 2011 Nov 27;92(10):1147-51. <http://doi.org/10.1097/TP.0b013e3182336073>
- 11 Kim S.H., Kim Y.K. Living donor right hepatectomy using the hanging maneuver by Glisson's approach under the upper midline incision. *World J Surg*. 2012 Feb;36(2):401-6. <http://doi.org/10.1007/s00268-011-1340-z>.
- 12 Lin T.S., Chen C.L., Concejero A.M. et al. Section 9. Technical details of microsurgical biliary reconstruction in living donor liver transplantation. *Transplantation*. 2014 Apr 27;97 Suppl 8:S34-6. <http://doi.org/10.1097/01.tp.0000446273.13310.77>
- 13 Смирнов Е.В. Хирургическое лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. *Хирургия*. 1959;3:16-22. Smirnov E.V. Surgical treatment of cicatricial strictures of extrahepatic bile ducts. *Surgery*. 1959;3:16-22. (In Russ).
- 14 Смирнов Е.В. Хирургическое лечение рубцовых стенозов внепеченочных желчных протоков. *Хирургия*. 1974;6:96-101. Smirnov E.V. Surgical treatment of cicatricial stenosis of extrahepatic bile ducts. *Surgery*. 1974;6:96-101. (In Russ).
- 15 Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. "Свежие" повреждения желчных протоков. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2010;(10):4-10. Galperin E.I., Chevokin A.Yu. "Fresh" injuries of the bile ducts. *Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*. 2010;(10):4-10. (In Russ).
- 16 Виноградов В.В., Венкатадри Г. *Наружное дренирование желчных путей*. М., 1975:81. Vinogradov V.V., Venkatadri G. *External drainage of the bile ducts*. M., 1975:81. (In Russ).
- 17 Гальперин Э.И. Классификация тяжести механической желтухи. *Анналы хир. гепатол.* 2012;2:26-34. Galperin E.I. Classification of the severity of mechanical jaundice. *Annals of surg. hepatol.* 2012;2:26-34. (In Russ).
- 18 Гальперин Э.И., Момунова О.Н. Классификация тяжести механической желтухи. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2014;(1):5-9. Galperin E.I., Mومنunova O.N. Classification of the severity of mechanical jaundice. *Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*. 2014;(1):5-9. (In Russ).
- 19 Добряков Б. С., Бравве И. Ю., Бородач А. В. Морфофункциональные особенности внепеченочных желчных путей. *Сибирское медицинское обозрение*. 2010;64(4): 21-26. Dobryakov B. S., Bravve I. Yu., Borodach A. V. Morphofunctional features of extrahepatic bile ducts. *Siberian Medical Review*. 2010;64(4): 21-26. (In Russ).
- 20 Борисенко В. Б., Сорокина И. В., Горголь Н. И. Патоморфологическая характеристика холедоха при экспериментальном холестазе. *Вестник проблем биологии и медицины*. 2014;3(4): 261-266. Borisenko VB, Sorokina IV, Gorgol NI Pathomorphological characteristics of the common bile duct in experimental cholestasis. *Bulletin of Problems of Biology and Medicine*. 2014;3(4): 261-266. (In Russ).
- 21 Бражникова Н.А., Мерзликин Н.В., Цхай и соавт. Непосредственные результаты корректирующих операций повреждений желчных протоков при холецистэктомиях. *Бюллетень сибирской медицины*. 2012;11 (1):141-149. Brazhnikova N. A., Merzlikin N. V., Tskhai et al. Immediate results of corrective surgeries for bile duct injuries during cholecystectomy. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2012;11 (1):141-149. (In Russ).
- 22 Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Делибалтов К.И., Погосян Г.А. Особенности диагностики и хирургического лечения «Свежих» ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2012,27(3):45-49. Vafin A.Z., Aydemirov A.N., Delibaltov K.I., Pogosyan G.A. Features of diagnostics and surgical treatment of "fresh" iatrogenic injuries of extrahepatic bile ducts. *Medical Bulletin of the North Caucasus*. 2012,27(3):45-49. (In Russ).
- 23 Погосян Г.А., Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Мнацаканян Э.Г., Делибалтов К.И. Качество жизни пациентов после реконструктивно-восстановительных операций при ятрогенной травме и/или стриктуре желчевыводящих протоков. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2014;33(1):100-101. Pogosyan G.A., Vafin A.Z., Aydemirov A.N., Mnatsakanyan E.G., Delibaltov K.I. Quality of life of patients after reconstructive surgeries for iatrogenic trauma and/or stricture of the bile ducts. *Medical Bulletin of the North Caucasus*. 2014;33(1):100-101. (In Russ).

Авторская справка

Белоконев Владимир Иванович

Д-р мед. наук, заслуженный врач РФ, профессор кафедры хирургических болезней детей и взрослых, Самарский государственный медицинский университет.

ORCID 0000-0002-4625-6664; belokonev63@yandex.ru

Вклад автора: формулирование концепции, написание текста работы.

Author's reference

Vladimir I. Belokonev

Dr. Sci. (Med.), Honored Doctor of the Russian Federation, Professor of the Department of Surgical Diseases of Children and Adults, Samara State Medical University.

ORCID 0000-0002-4625-6664; belokonev63@yandex.ru

Author's contribution: formulation of the concept, writing the text of the work.