https://doi.org/10.17116/endoskop2018240517

Использование малоинвазивных методов коррекции ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков и наружных желчных свищей

Ф.Г. НАЗИРОВ[1, 2], У.Н. ТУРАКУЛОВ[2]*, М.М. АКБАРОВ[1], Р.Р. САТОВ[2]

[1]Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан;
[2]Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Материал и методы. Причиной образования рубцовых стриктур и свищей, по нашим наблюдениям, были повреждения желчных протоков и их неадекватное дренирование при холецистэктомии (9,2%), резекции желудка (7,0%) и эхинококкэктомии (2,8%). Нами выполнено 47 эндоскопических трансдуоденальных стентирований стенозированных участков внепеченочных желчных путей после первичных хирургических вмешательств. **Результаты.** Во всех случаях обнаружены стриктуры гепатикохоледоха, образовавшие наружный желчный свищ. Эндоскопическим методом удалось восстановить проходимость просвета гепатикохоледоха и выполнить стентирование стенотического сегмента, что привело к выздоровлению и выписке больных через 6—8 сут. Все указанные пациенты находились под постоянным контролем в послеоперационном периоде. Ни в одном случае осложнений, связанных со стентированием наружных желчных протоков, не наблюдалось. В разные сроки (от 6 до 10 мес) стенты были извлечены при дуоденоскопии. **Заключение.** Эндобилиарное стентирование является одним из основных методов коррекции ятрогенных повреждений ВЖП и НЖС. Он зачастую предотвращает тяжелые и порой неоднократные оперативные вмешательства.

Ключевые слова: *ятрогенные повреждения, желчные протоки, стент, наружный желчный свищ, рубцовая стриктура.*

Application of minimally invasive techniques in the management of iatrogenic extrahepatic duct injuries and external biliary fistulas

F.G. NAZIROV[1, 2], U.N. TURAKULOV[2]*, M.M. AKBAROV[1], R.R. SAATOV[2]

Vakhidov Republician specialized scientific and practical medical center of surgery, Tashkent, Uzbekistan; Tashkent Postgraduate Medical School, Tashkent, Uzbekistan

Material and methods. The reasons of cicatrical strictures and fistulas according to our observations, were as follows: bile ducts injuries and their inadequate drainage during cholecystectomy (9.2%), stomach resection (7.0%) and during echinococcectomy (2.8%). We performed 47 endoscopic transduodenal stentings of stenotic extrahepatic bile ducts after primary surgical interventions. **Results.** In all cases we have found strictures of the common bile duct which resulted in external biliary fisula. The patency of common bile duct lumen was restored endoscopically with subsequent stenting. Patients recovered and discharged on 6—8th day. All patients were under permanent post-operative follow-up. No complications post stenting were observed. Stents were extracted in different periods while performing duodenoscopy (from 6 to 10 months). **Conclusion.** The methods of endobiliary stenting are one of the main methods for the treatment of iatrogenic extrahepatic bile ducts injuries and external biliary fistula. They frequently prevent severe and sometimes repeated operative interventions.

Keywords: *iatrogenic injury, bile ducts, stent, external biliary fistula, cicatrical stricture.*

Среди злободневных вопросов абдоминальной хирургии видное место занимает проблема диагностики и лечения ятрогенных повреждений желчных протоков (ЯПЖП) и наружных желчных свищей (НЖС) [1, 2]. При ЯПЖП и НЖС, как правило, отмечаются длительное течение заболевания, развитие хронической механической желтухи и билиарного цирроза печени, гнойного холангита, портальной гипертензии, гепатаргии. Таким пациентам приходится переносить повторные неоднократные операции. Как показали материалы последних международных конгрессов Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, актуальность данной проблемы возросла с новой силой.

Частота интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков достигает 0,2—3% от общего числа операций на органах брюшной полости, а рецидивы стриктур желчных протоков и НЖС после реконструктивных вмешательств колеблются в пределах 10—12%. Летальность при этих осложнениях составляет 8—40% [3, 4].

По данным разных авторов, в 90% случаев ЯПЖП наблюдаются при холецистэктомиях: при выполнении холецистэктомии лапаротомным доступом в 0,8—1% , а при лапароскопических методиках в 0,3—

© Коллектив авторов, 2018

*e-mail: tun_71@mail.ru

3% [3, 4]. Относительно лапароскопических вмешательств на внепеченочных желчных протоках можно судить двояко. С одной стороны, внедрение лапароскопической техники является свидетельством прогресса медицинской науки и практики, с другой — увеличение числа лапароскопических вмешательств на этапе освоения методики неизбежно приводит к возникновению всевозможных осложнений [5]. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков отличаются высокой сложностью, требуют повторных высокотехнологичных вмешательств, не говоря уже о том, что судьба этих больных порой драматична.

После операции на желудке ЯПЖП составляют 0,4—9,1%. Возникновение или избежание этого осложнения зависит в первую очередь от уровня профессиональной подготовки хирурга, умения ориентироваться в анатомо-топографических взаимоотношениях внепеченочных желчевыводящих путей, а также обширности деструктивного процесса в желчном пузыре, распространяющегося на элементы печеночно-дуоденальной связки.

Подходы к различным операциям при данной патологии во многом спорны и не могут считаться удовлетворительными. Остаются малоизученными возможности нового направления хирургии желчных путей — эндобилиарного стентирования [6, 7]. Поэтому проблема дальнейшего совершенствования методов диагностики и хирургического лечения ятрогенных повреждений гепатикохоледоха и НЖС остается далеко не исчерпанной, а дискуссии по этим вопросам постоянно возобновляются.

Цель исследования — улучшение результатов хирургического лечения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей и наружных желчных свищей с использованием малоинвазивных эндоскопических технологий в хирургии.

Материал и методы

Основную роль в диагностике интраоперационных повреждений, рубцовых стриктур и НЖС играет эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ). ЭРПХГ проводилась на дуоденофиброскопе с боковой оптикой JF-B(B2), JF-10 фирмы «Olympus» (Япония). Всего произведено 196 ЭРХПГ. Из этого числа ЭРХПГ с последующей эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) выполнили у 91 пациента. Контрольная ЭРХПГ предпринята после ЭПСТ у 44 больных. Предпринималось бужирование стенотического сегмента биопсийными щипцами в закрытом и открытом вариантах в сочетании с локальной диатермокоагуляцией труднобужируемого рубцового сегмента. После этого выполнялось стентирование стенотического участка. Использовались стандартные эндобилиарные стенты.

Результаты и обсуждение

Причиной образования рубцовых стриктур и свищей, по нашим наблюдениям, были повреждения желчных протоков и их неадекватное дренирование при холецистэктомии (9,2%), резекции желудка (7,0%) и эхинококкэктомии (2,8%).

Нами выполнено 47 эндоскопических трансдуоденальных стентирований стенозированных участков внепеченочных желчных путей после первичных хирургических вмешательств. Во всех случаях обнаружены стриктуры гепатикохоледоха, образовавшие наружный желчный свищ. В 6 случаях стриктура располагалась в зоне конфлюэнса и носила критический характер, заключающийся в прогрессировании механической желтухи. В этой группе больных прямой билирубин составлял 200—300 мкмоль/л. У одного из пациентов наблюдались начальные признаки печеночной недостаточности в виде проявлений энцефалопатии, снижения уровня альбуминов ниже 30 г/л, снижения протромбинового индекса ниже 82%. В 13 случаях препятствие располагалось в зоне слияния пузырного протока с общим желчным протоком. В 17 случаях препятствие оттоку желчи располагалось в дистальной части холедоха. Содержание прямого билирубина у этих больных достигало 300—390 мкм/л. Они были доставлены в наш стационар до развития печеночной недостаточности. Эндоскопическим методом удалось восстановить проходимость просвета гепатикохоледоха и выполнить стентирование стенотического сегмента, что привело к выздоровлению и выписке больных через 6—8 сут. С целью предотвращения инкрустации дренажной трубки назначался постоянный прием препаратов дезоксихолевой кислоты (хенохол, хенофальк). Все указанные пациенты находились под постоянным контролем в послеоперационном периоде. Ни в одном случае осложнений, связанных со стентированием наружных желчных протоков, не наблюдалось. В разные сроки (от 6 до 10 мес) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

Вывод

Таким образом, причиной возникновения интраоперационных повреждений, рубцовых стриктур и наружных желчных свищей служат тактические и грубые технические ошибки при первичных операциях, чаще при холецистэктомии.

Эндобилиарное стентирование является одним из основных методов коррекции ятрогенных повреждений ВЖП и НЖС. Оно зачастую предотвращает тяжелые и порой неоднократные оперативные вмешательства.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Алиев М.А., Арынов Н.М., Ахмедов Е.А. *Повторные операции на желчных путях.* Тезисы докладов X Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов. 2003:76. [Aliev MA, Arynov NM, Akhmedov EA. *Povtornye operatsii na zhelchnykh putyakh*. Tezisy dokladov X Yubileinoi mezhdunarodnoi konferentsii khirurgov-gepatologov. 2003:76. (In Russ.)].
2. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф. Рубцовые стриктуры печеночных протоков в области их слияния (стриктура 0). *Хирургия*. 1995;1:26-31. [Gal'perin EI, Kuzovlev NF. Rubtsovye striktury pechenochnykh protokov v oblasti ikh sliyanie (striktura 0). *Khirurgiya*. 1995;1:26-31. (In Russ.)].
3. Емельянов С.И. *Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии*. М.: МИА; 2004. [Emel'yanov SI. *Illyustrirovannoe rukovodstvo po endoskopicheskoi khirurgii*. M.: MIA; 2004. (In Russ.)].
4. Ничитайло М.Е., Скумс А.В., Галочка И.П. Хирургическое лечение повреждений и стриктур желчных протоков после холецистэктомии. *Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского*. 2008;3:71-76. [Nichitailo ME, Skums AV, Galochka IP. Khirurgicheskoe lechenie povrezhdenii i striktur zhelchnykh protokov posle kholetsistektomii. *Al'manakh Instituta khirurgii im. A.V. Vishnevskogo*. 2008;3:71-76. (In Russ.)].
5. Catt RB, Hogg DF, Clunic GH. Retained Biliary Calculi: Denoval by a simple non-operative technique. *Ann. Surg.* 1994;180:2:247-251.
6. Шаповальянц С.Г., Орлов С.Ю., Мыльников А.Г. и др. Эндоскопические возможности в лечении «свежих» повреждений желчных протоков. *Анналы хирургической гепатологии*. 2005;10(3):50-54. [Shapoval'yants SG, Orlov SYu, Myl'nikov AG. et al. Endoskopicheskie vozmozhnosti v lechenie «svezhikh» povrezhdenii zhelchnykh protokov. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*. 2005;10(3):50-54 (In Russ.)].
7. Cameron JW, Skinnek DB, Luidema GD. Long — term transephatic intubation for hilar hepatic duct strictures. *Ann surg.* 1996;183:5:483-485.

Поступила 21.05.18

Сведения об авторах:
Назиров Ф.Г. — академик АН РУз, директор ГУ РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова, заведующий кафедрой хирургии №1 ТашИУВ
Туракулов У.Н. — доцент кафедры хирургии №1 ТашИУВ
Акбаров М.М. — г.н.с. отделения хирургии печени и желчных путей ГУ РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова
Саатов Р.Р. — доцент кафедры хирургии с курсом детской хирургии №1 ТашИУВ