

ПРОБЛЕМЫ ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩЕЙ

<https://doi.org/10.5281/zenodo.8223600>

Туракулов У.Н., Акбаров АМ.М., Саатов Р.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова МЗ РУз,

Ташкентская медицинская академия,

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников.

Аннотации

В статье представлен анализ хирургического лечения 123 больных с наружными желчными свищами (НЖС), обусловленными ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков. Причинами образования стриктур и наружных желчных свищей НЖС явились интраоперационные повреждения при холецистэктомии, резекции желудка и эхинококкэктомии. Из 123 больных с НЖС, которым предприняты попытки эндоскопической транспапиллярной ликвидации НЖС успех достигнут в 93 (75,6%) случаях. Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 25 (26,6%).

Ключевые слова

внепеченочные желчные протоки, наружный желчный свищ ятрогенные повреждения, рубцовые стриктуры, диагностика, лечение.

Аннотация

Мазкур мақолада ўт йўлларининг ятроген шикастланишидан келиб чиққан ташқи ўт оқма яралар (ТЎОЯ) билан хасталанган 123 та беморларнинг хирургик даволаниш натижалари ўрганилган. ТЎОЯ ва ўт йўллари стриктураларига келтирувчи сабаблар - бу холецистэктомия (90,2%); меъда резекцияси (7,0%); эхинококкэктомияни (2,8%) ташкил қилади.

ТЎОЯ билан хасталанган 123 та беморларга эндоскопик билиостент амалиёти қўлланилди. Шулардан 93 (75,6%) беморда ижобий натижалар олинди. 25 (26,6%) ҳолатда турли хил асоратлар кузатилди ва ушбу асоратлар бартараф қилинди..

Калит сўзлар

жигар ташқи ўт йўллари, ташқи ўтли оқмаси, ятроген шикастланиш, чандиқли торайиш, ташиҳисот, даволаш.

Abstract

The article presents the analysis of surgical treatment of 123 patients with external biliaty fistulas (EBF) caused by iatrogenic injuries of anhepatic bile-ducts. The cause of

formation of strictures and EBF were intraoperational injuries during cholecystectomy, gastric resection and echinococcectomy.

Out of 123 patients with EBF who underwent endoscopic transpapillary liquidation of EBF success was achieved at 93 (75,6%) cases. Various postoperative complications were observed in 25 (26,6%) cases.

Keywords

anhepatic bile-ducts, external biliaty fistula, iatrogenic injuries, cicatrical strictures, diagnostics, treatment.

Проблема диагностики и лечения ятрогенных травм внепеченочных желчных протоков (ЯТВЖП) до сегодняшнего дня представляет собой объект пристального внимания хирургов-гепатологов, о чем свидетельствуют материалы международных научных форумов последних лет [1, 2, 4].

Вопросы, касающиеся ЯТВЖП, никогда не теряли своей актуальности.

Сложность ситуации при ЯТВЖП обусловлена длительностью заболевания, развитием таких осложнений, как наружный желчный свищ (НЖС), механическая желтуха, гнойный холангит, билиарный цирроз, портальная гипертензия и гепатаргия. Повторные операции, выполняемые этим больным, сопровождаются высокой летальностью - до 8-40 % [2]. По данным различных авторов, [3, 8, 9], частота повреждений желчных протоков составляет 0,2-2,8% от общего количества операций на билиарной системе, а летальность при реконструктивно-восстановительных вмешательствах достигает 15-50%.

Ятрогенные травмы желчных путей приводят к образованию НЖС в 40,7-43,1% случаях. Резидуальный холедохолитиаз, стеноз Фатерова соска или их сочетание приводят к данному осложнению в 25,9-26,4% случаях [4, 5, 6, 7]. Доминирующим фактором развития НЖС являются ЯТВЖП в 82-98% [6].

Травмы проксимальных отделов внепеченочных желчных путей, как правило, сопровождаются грубыми нарушениями топографо-анатомических взаимоотношений в гепатобилиарной зоне, массивными воспалительными, спаечными и рубцовыми процессами тяжелым общим состоянием больных, обусловленным рецидивирующим гнойным холангитом [1, 4]. Этим обуславливаются значительные трудности восстановления адекватного естественного оттока желчи на уровне долевого печеночного протока.

Отдавая должное значительным достижениям в хирургическом лечении больных с ЯТВЖП, все же приходится констатировать, что после реконструктивных операций на желчных путях в 4,5-25% случаев развиваются

осложнения, связанные со стенозом различных билиодигестивных и билиобилиарных анастомозов [4].

Выбор операций при данной патологии во многом является предметом дискуссий, а результаты не могут считаться удовлетворительными. До сегодняшнего дня мало изучены возможности нового направления хирургии желчных путей – эндобилиарного стентирования.

Анализ результатов реконструктивных операций при ЯТВЖП является важным аргументом для дальнейшего совершенствования методов диагностики и хирургического лечения этой патологии. Поэтому проблема дальнейшего совершенствования методов диагностики и хирургического лечения ЯТВЖП остается актуальной.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов хирургического лечения ЯТВЖП с использованием эндоскопических технологий.

Материал и методы. В отделе хирургии печени, поджелудочной железы и портальной гипертензии РСЦХ им. акад. В.Вахидова с 1994 по 2022 гг. находились на лечении 429 больных с ятрогенными повреждениями гепатикохоледоха (мужчин - 194, женщин - 235). Из этого числа, больных с наружными желчными свищами было 123. В комплексной диагностике использованы ультразвуковая сонография (УЗС) печени и желчных путей, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) - 203, чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) - 37, компьютерная томография (КТ) - 37, фистулография - 215, бактериологические исследования желчи -53.

В диагностике ЯТВЖП основное предпочтение отдают эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ). Кроме нее, полипозиционная фистулография также информативна при распознавании характера патологии и выбора тактики вмешательства. Из 171 пациентов, которым произведена ЭРХПГ, последующая эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена у 123 пациентов. Контрольная ЭРХПГ после ЭПСТ произведена у 64 больных. Больным с НЖС на фоне стриктуры желчных протоков выполнялось бужирование стенотического сегмента биопсийными щипцами в закрытом и открытом варианте в сочетании с локальной диатермокоагуляцией труднобужиреваемого рубцового сегмента. После этого выполнялось билиостентирование стенотического участка.

Результаты и их обсуждение. По нашим наблюдениям, причиной ЯТВЖП и НЖС были: травмы желчных протоков и их неадекватное дренирование после холецистэктомии (90,2%), резекция желудка (7,0%) и осложнения эхинококкэктомии (2,8%).

Трансдуоденальному эндоскопическому билиостентированию посвящено незначительное количество работ. Нами было произведено 123 попытки эндоскопической коррекции адекватного пассажа желчи по внепеченочным желчным протокам у больных с ЯТВЖП и НЖС (таблица 1).

Эндоскопическое лечение оказалось возможным у 93 больных. У 12 пациентов не удалось ввести проводник через зону стеноза; у 18 больных установить по проводнику инструменты (бужи) или ввести эндопротез не удалось.

Таблица 1.

Эффективность попытки эндоскопического лечения стриктур желчного протока в зависимости от уровня их локализации

Уровень локализации стеноза	Лечение проведено		Лечение невозможно		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Дистальная часть	488	39,0	3	2,4	51	41,5
Средняя часть	36	29,3	12	9,8	48	39,0
Проксимальная часть	9	7,3	15	12,2	24	19,5
Всего	93	75,6	30	24,4	123	100

У 32 пациентов с сочетанием рубцовой стриктуры со стенозирующим папиллитом БДС и резидуальным конкрементом, расположенным ниже стриктуры, произведена ЭПСТ как этап подготовки к реконструктивной операции. Особо выделены 23 эндоскопических трансдуоденальных стентирований стенозированных участков наружных желчных протоков после первичных хирургических вмешательств. Во всех случаях обнаружены стриктуры гепатикохоледоха, что и явилось причиной НЖС. При

обозначении уровня стриктуры гепатикохоледоха мы пользовались классификацией Э.И.Гальперина [1].

В 11 случаях стриктура располагалась в зоне конfluence и носила критический характер, заключающийся в прогрессировании механической желтухи. У этих больных прямой билирубин составлял от 200 до 300 мкмоль/л. Такое расположение дефекта, по нашему мнению, наиболее типично, в особенности на этапе освоения лапароскопического метода. У всех больных этой группы диагноз был установлен своевременно и им предприняты соответствующие вмешательства. В 21 случае препятствие оттоку желчи располагалось в дистальной части холедоха. Именно здесь врачи общехирургических отделений сталкиваются с проблемой повторных вмешательств. Содержание прямого билирубина крови у этих больных было от 300 до 390 мкм/л. Они были своевременно госпитализированы в наш стационар до развития печеночной недостаточности. Эндоскопическим методом, включающим бужирование стенотического сегмента в сочетании с локальной диатермокоагуляцией труднобужиреваемого рубцового сегмента удалось восстановить проходимость просвета гепатикохоледоха и провести стентирование стенотического сегмента, что привело к выздоровлению и выписке больных через 6-8 суток.

Эффективность дренирования оценивали по эндоскопическим критериям, динамике клинического состояния пациентов, а также по лабораторным показателям. Улучшение общего самочувствия, появление аппетита, окрашивание стула, снижение или исчезновение кожного зуда, являлись клиническими признаками эффективного дренирования.

В первые трое суток объективно отмечались активизация больных, уменьшение либо полное прекращение желчеистечения из наружного свища, нормализация температуры, уменьшение интенсивности желтушного окрашивания кожных покровов и мочи. В лабораторных показателях наблюдалось снижение уровня общего и прямого билирубина, нормализация уровней щелочной фосфатазы, ферментов.

Наши наблюдения показали, что эндоскопическое лечение было эффективным почти у всех пациентов с дистальными стенозами желчного протока и стенозами средней трети, эффективность эндоскопического лечения почти одинакова для этих 2 групп пациентов. При лечении проксимальных стенозов успех достигнут в 9 случаях из 15, что отличается как от результатов лечения дистальных стенозов, так и от результатов дренирования стенозов средней трети. Таким образом, перспективы

эндоскопического лечения в значительной степени определяются локализацией рубцового процесса и являются менее эффективными у пациентов с проксимальными стриктурами гепатикохоледоха.

Из осложнений эндобилиарных вмешательств (таблица 2) отмечено 8 случаев панкреатита. В 13 случаях у больных с выраженной гипербилирубинемией после папиллосфинктеротомии наблюдалось кровотечение, остановленное эндоскопической электрокоагуляцией. В 4 случаях при контрольном осмотре замечена дислокация эндопротеза в просвет кишки, вследствие чего эндопротез заменен на аналогичный, большего диаметра.

С целью предотвращения инкрустации дренажной трубки назначался постоянный прием препаратов дезоксихолевой кислоты (хенохол, хенофальк).

Необходимо отметить, что ни в одном случае осложнений, связанных со стентами наружных желчных протоков, не наблюдалось. В разные сроки (от 6 до 10 месяцев) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

Таблица 2.

Ранние осложнения эндоскопического лечения у пациентов с ятрогенными стриктурами ВПЖП

Характер осложнений	Число больных	
	абс	%
Острый панкреатит	8	6,8
Кровотечение из зоны ЭПСТ	13	10,4
Дислокация протеза	4	3,4
Всего	25	20,6

Таким образом, хирургия ЯТВЖП и НЖС представляет большие сложности. Выбор реконструктивных и восстановительных операций зависит от многих факторов. Среди них выделяются уровень желчного свища, его форма и направление, причина возникновения, характер сопутствующей патологии. Имеют существенное значение результаты комплексной дооперационной диагностики, опираясь на которые хирург тщательно взвешивает показания или противопоказания к какому-либо методу вмешательства. На особом месте, на наш взгляд должны находиться методы

эндоскопических вмешательств при стриктурах желчных протоков, приведших к НЖС. Использование трансдуоденального билиостентирования ставит его альтернативой сложным реконструктивным вмешательствам и создает перспективы для улучшения результатов лечения такой сложной патологии как наружные желчные свищи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю., Дюжева Т.Г. Рубцовые стриктуры желчных протоков. Материалы 10 Юбилейной международной конференции хирургов гепатологов 2003 г. г. Москва стр. 86.Э.И.
2. Копчак С.К. Хирургическое лечение и немедикаментозная реабилитация больных со стриктурами желчных протоков. Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. Киев. 1996. С177-179.
3. Малярчук В.И., Климов А.Е., Пауткин Ю.Ф., Иванов В.А. К вопросу о хирургическом лечении ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков. Материалы 10 Юбилейной международной конференции хирургов гепатологов 2003 г. г. Москва стр102.
4. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Алтиев Б.К., Струсский Л.П., Туракулов У.Н. Диагностика и лечение интраоперационных повреждений и посттравматических стриктур желчных протоков. Анналы хирургической гепатологии. Том5. №2. Москва. 2000. С126-127.
5. Wada S, Tamada K, Tomiyama T, Ohashi A, Utsunomiya K, Higashizawa T, et al. Intraductal ultrasonographic assessment of coagulation depth during endoscopic microwave coagulation therapy in a canine model. J Gastroenterol 2000.P35.