

## ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩЕЙ

М.М. АКБАРОВ<sup>1</sup>, Р.Р. СААТОВ<sup>2</sup>, У.Н. ТУРАКУЛОВ<sup>1</sup>, Л.П. СТРУССКИЙ<sup>1</sup>

1-Республиканский специализированный Центр хирургии им. акад. В.Вахидова

2-Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан, г. Ташкент

## ЎТ ЙЎЛЛАРИНИНГ ЯТРОГЕН ШИКАСТЛАНИШИ ВА ТАШҚИ ЎТЛИ ОҚМА ЯРАЛАРИ ТАШҲИСОТИ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ

М.М. АКБАРОВ<sup>1</sup>, Р.Р. СААТОВ<sup>2</sup>, У.Н. ТУРАКУЛОВ<sup>1</sup>, Л.П. СТРУССКИЙ<sup>1</sup>

1-акад. В.Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия Маркази

2-Тошкент врачлар малакасини ошириш институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

## DIAGNOSIS AND MODERN TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF IATROGENIC INJURIES OF THE EXTRAHEPATIC BILE-DUCTS AND EXTERNAL BILIARY FISTULAS

M.M. AKBAROV<sup>1</sup>, R.R. SAATOV<sup>2</sup>, U.N. TURAKULOV<sup>1</sup>, L.P. STRUSSKIY<sup>1</sup>

1-Republican Specialized Center Surgery named after acad. V. Vahidov

2-Tashkent Institute of Advanced Medical Studies, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Мазкур мақолада ўт йўлларининг ятроген шикастланиши ва ўтли оқма яралари ташҳиси билан 317 нафар беморни хирургик даволаш натижалари келтирилган. Ўт йўллари беркилиши ва ўтли оқма яраларга олиб келган сабаблар сифатида холецистэктомия, меъда резекцияси ва жигар эхинококкэктомияси деб топилди.

Қайта амалиётга таёрлаш жараёнида барча беморларга сув-электролит дисбаланси тикланган ва жигар-буйрак етишмовчилигининг давоси, унинг профилактикаси ўтказилган. Анаэроб инфекцияга қарши зарур бўлган муолажалар бажирилган.

317 бемордан 29 (9,1%) нафарига қайта тикловчи, 280 (90,9%) нафарига реконструктив амалиётлар бажарилди. Ўт йули беркилишининг такрорланиши сабабли қайта амалиётлар 21 беморга (6,7%) ўтказилди. Амалиётдан сўнгги ҳар-хил асоратлар 62 (19,5%) беморларда кузатилади. Ўлим 8,7% ни ташкил этди. Ўлимга олиб келган асосий сабаблардан: интоксикация, жигар-буйрак етишмовчилиги, анастомоз чоклари етишмовчилиги, йирингли холангит ва холангиолитик абсцесслар деб топилди.

**Калит сўзлар:** *жигар ташқи ўт йўллари, ятроген шикастланиш, чандиқли торайиш, ташқи ўтли оқмаси, ташҳисот, даволаш.*

The article presents the analysis of surgical treatment of 317 patients with intraoperation damage and external fistulas of the extrahepatic bile-ducts. The reasoning formation of strictures and external biliary fistulas was intraoperative damage during cholecystectomy, gastric resection and echinococcectomy.

Preoperatively all the patients underwent correction of violations of water-electrolyte balance, treatment and prevention of hepatic-renal failure, the fight against anaerobic infection.

From 317 patients 29 (9.1 %) - restorative and 288 (90.9 %) reconstructive operations were performed. Stricture recurrence that required repeat surgical intervention was marked in 21 (6.7%) of patients. Various postoperative complications observed in 63 (19.8 %). Mortality was 8.7 %. The main cause of death – intoxication, renal failure, associated with suppurative cholangitis and cholangiolitis abscesses of the liver due to insolvency of anastomosis seams.

**Key words:** *extrahepatic bile-ducts, iatrogenic injuries, seam strictures, external biliary fistula, diagnosis, treatment.*

Основной причиной возникновения наружных желчных свищей являются ошибки и техническом погрешности операции на желчных путях, печени, желудке и двенадцатиперстной кишке [3,4]. Частота интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков колеблется в пределах 0,2 - 3 % от общего числа операций на органах брюшной полости, а реци-

дивы стриктур желчных протоков и наружных желчных свищей после реконструктивных вмешательств составляют 10-12%. Летальность при этих осложнениях достигает от 8 до 40% [1,2,3,4,5,6].

Ведущими учеными дискутируются многие вопросы, касающиеся реконструктивных и восстановительных операций при данной пато-

логии, констатируется явная разноречивость в тактических подходах к выбору вида вмешательства. Такое положение не может считаться удовлетворительным. Остаются малоизученными возможности нового направления хирургии желчных путей – эндобилиарной хирургии. Поэтому проблема дальнейшего совершенствования методов диагностики и хирургического лечения ятрогенных повреждений гепатикохоледа и наружных желчных свищей остается острой и актуальной.

**Материал и методы.** В отделе хирургии печени и желчных путей РСЦХ им. акад. В.Вахидова с 1994 по 2014 гг. находились на лечении 317 больных с ятрогенными повреждениями гепатикохоледа и наружными желчными свищами (мужчин - 142, женщин – 175). В комплекс диагностики включены: ультразвуковая сонография (УЗС) печени и желчных путей - 64, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) - 71, чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) - 5, компьютерная томография (КТ) - 12, фистулография - 106, бактериологические исследования - 13.

Лидирующую позицию в диагностике ятрогенных травм, рубцовых стриктур и наружных желчных свищей занимает ЭРПХГ, позволяющая установить локализацию стриктуры, ее протяженность, степень сужения супрастенотической эктазии билиарных протоков, наличие сочетаний стриктуры с резидуальным камнем, а также со стенозирующим папиллитом Фатерова соска, характер желчного свища. Полипозиционная фистулография также обладает большой информативностью при распознавании характера патологии и определении тактики вмешательства. Каждый из этих методов сам по себе несет определенную информацию. Однако следует особо подчеркнуть, что во многих публикациях предпочтение отдается какому-либо одному из методов, а остальные как бы игнорируются. Данное обстоятельство нельзя считать адекватным. Конечно, можно встретить возражения против использования нескольких методов, аргументируя эту позицию дороговизной исследований и ненужными излишествами. Однако, учитывая уже совершенную ошибку при первичном вмешательстве, следует, на наш взгляд, провести тщательную и всестороннюю диагностику, учесть все нюансы патологии для того, чтобы не совершить неправильных действий, упустив что-либо в нестандартной ситуации.

Представляем результаты ликвидации наружных желчных свищей, в том числе с использованием эндоскопической технологии. Единичные публикации по этому методу позволяют нам изложить наши позиции данному во-

просу. Нами произведено 71 трансдуоденальных вмешательств, в том числе - 11 стентирований, результаты которых отражены ниже.

**Результаты и их обсуждение.** Анализ причин образования рубцовых стриктур и свищей показал следующее: повреждение желчных протоков и их неадекватное дренирование при холецистэктомии (9,2%), при резекции желудка (7,0%) и при эхинококкэктомии из печени (2,8%).

Ревизия гепатобилиарной зоны при реконструктивной операции выявила следующие виды повреждений, способствующих образованию рубцовых стриктур и наружных свищей желчных протоков: 1) пересечение и прошивание гепатикохоледа и его ветвей (137); 2) пристеночная или полная перевязка холеда в области впадения пузырного протока (91); 3) повреждение и рубцовые стриктуры супрадуоденальной части холеда (65); 4) повреждение общего желчного протока при резекции желудка (24).

Абсолютным показанием к реконструктивной операции являлись рубцовые стриктуры и наружные свищи желчных протоков с нарушением пассажа желчи. С целью восстановления адекватного желчеоттока реконструктивные операции выполнялись в сроки от 6 суток до 6 месяцев после первичных операций, выполненных в различных медицинских учреждениях.

Характер и объем реконструктивной операции определялся видом и уровнем повреждения желчных протоков и характером желчного свища, а также временем, прошедшим с момента повреждения. При блоке дистального отдела холеда преимущественно выполнялись холедоходуодено - или холедохозентероанастомозы. Ликвидация высоких ятрогенных повреждений, посттравматических стриктур и свищей представляла значительные технические трудности.

С целью восстановления адекватного пассажа желчи применяли операции двух видов: восстановительные и реконструктивные. Восстановительные операции были выполнены у 29 (9,0%) пациентов. Из этого числа - первичный шов на Т-образном дренаже или на дренаже Вишневого (11), билиобилиарное анастомозирование по типу “конец в конец” (8), рассечение протока в продольном направлении и сшивание в поперечном (по Микуличу) в сочетании с холецистэктомией (6), пластика обширного дефекта на передней стенке холеда стенкой тощей кишки (4).

Реконструктивные операции представляли собой создание различных типов анастомозов и предприняты у 288 (91,0%) больных. Наиболее часто создавался холедоходуоденоанастомоз, который выполнен 72 (22,8%) больным, в том

числе в сочетании с трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой – у 7 (2,2%). 71 (22,3%) больному произведен гепатикодуоденоанастомоз. При высоких повреждениях гепатикохоледоха производился гепатикоэнтероанастомоз по Брауну 22 (7,0%) пациентам. После резекции желудка по Бильрот–II гепатикоэнтероанастомоз с приводящей петлей осуществлен у 11 (3,5%) больных, бигепатикоэнтероанастомоз – у 8 (2,6%), а в редких случаях произведены гепатикогастроанастомозы – у 2 больных (0,7%). У 21 (6,5%) больного с проксимальной стриктурой гепатикохоледоха для обеспечения надежного функционирования анастомоз дополнялся наружным дренированием по Фелькеру, а у 19 (6,1%) – транспеченочным по Сейпол-Куриану. Дренажи сохранялись в просвете анастомоза 1,5–2 года и при необходимости обновлялись.

У 103 (32,5%) больных из 317 имелись наружные желчные свищи. Причинами их образования явились: рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков после их травматизации, сочетающиеся в ряде случаев с резидуальным холедохолитиазом, с инородным телом (фрагментом дренажной трубки) холедоха. У 9 (9,0%) пациентов с сочетанием рубцовой стриктуры со стенозирующим папиллитом БДС и резидуальным конкрементом, расположенным ниже стриктуры, выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) как этап подготовки к реконструктивной операции.

Нами произведены следующие операции: гепатикодуоденоанастомоз с ликвидацией свища – 35 больным (34%), холедоходуоденоанастомоз – 23 (22,3%), гепатикоэнтероанастомоз на выключенной петле по Ру – 12 (11,7%), гепатикоэнтероанастомоз на каркасном транспеченочном дренаже – 14 (13,6%), фистулоэнтероанастомоз – 11 (10,7%), бигепатикоэнтероанастомоз – 6 (5,8%), гепатикогастроанастомоз на каркасном дренаже – 2 больным (0,7%).

Рецидив стриктуры, потребовавший повторного хирургического вмешательства, отмечен у 21 (6,6%) из 317 больных.

Особо выделены 11 эндоскопических трансдуоденальных стентирований стенозированных участков наружных желчных путей после первичных хирургических вмешательств. Во всех случаях обнаружены стриктуры гепатикохоледоха, образовавшие наружный желчный свищ. В 5 случаях стриктура располагалась в зоне конfluence и носила критический характер, заключающийся в прогрессировании механической желтухи. В этой группе больных прямой билирубин составлял от 200 до 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%. Мы расценили состояние больных как второй класс по схеме Чайльд-Пью. В 2 случаях препятствие располагалось в зоне слияния желчного протока с пузырным протоком. Такое расположение дефекта, на наш взгляд, наиболее типично, в особенности на этапах освоения лапароскопических методов вмешательств на наружных желчных протоках.

Все больные этой группы своевременно были подвергнуты диагностике и им предприняты соответствующие вмешательства. В 4 случаях препятствие оттоку желчи располагалось в дистальной части холедоха. Именно там общие хирурги сталкиваются с проблемой повторных вмешательств. Содержание прямого билирубина у этих больных было от 300 до 390 мкм/л. Они были доставлены в наш стационар до развития печеночной недостаточности.

В наших наблюдениях эндоскопическим методом, включающим бужирование стриктоскопического сегмента биопсийными щипцами в закрытом и открытом варианте в сочетании с локальной диатермокоагуляцией труднобужуемого рубцового сегмента удалось восстановить проходимость просвета гепатикохоледоха, и провести стентирование стриктоскопического сегмента, что привело к выздоровлению и выписке больных через 6–8 суток.

С целью предотвращения инкрустации дренажной трубки назначался постоянный прием препаратов дезоксихолевой кислотой (хенохол, хенофальк). Естественно, возникает определенный протест в скором прекращении стационарного нахождения пациента, однако экономические особенности последних лет ставят необходимостью ускорение сроков стационарного лечения. Это обстоятельство ни в какой степени не затрагивает проблемы послеоперационной реабилитации, так как все указанные пациенты находятся под постоянным контролем. Необходимо отметить, что ни в одном случае осложнений, связанных со стентированием наружных желчных протоков, не наблюдалось. В разные сроки (от 6 до 10 месяцев) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

Из 317 оперированных по поводу повреждений, рубцовых стриктур и наружных желчных свищей различные послеоперационные осложнения отмечены у 63 (19,8%) больных, из числа которых специфические осложнения отмечены у 25 (7,8%): несостоятельность швов анастомоза – у 5, кровотечения из зоны анастомоза – у 10, гнойный холангит у 13, эрозивное кровотечение из зоны анастомоза – у 10 больных. Летальность составила 8,6%.

**Выводы.** Таким образом, причиной возникновения интраоперационных повреждений, рубцовых стриктур и наружных желчных свищей являются тактические и грубые технические ошибки при первичных операциях, чаще при холецистэктомии. Среди восстановительных и реконструктивных операций основными являются билиобилиарные и билиодигестивные анастомозы, а при высоких повреждениях для профилактики несостоятельности швов и стенозирования анастомозов необходимо использование каркасного дренирования.

Особо следует выделить метод билиарного стентирования, при котором пациент не подвергается риску общего наркоза и связанных с ним дальнейших специфичных осложнений, нет необходимости лапаротомии. Метод является надежным и многолетним гарантом возвращения пациента к здоровой и качественной жизни.

#### Литература:

1. Алиев М.А., Арынов Н.М., Ахмедов Е.А. Повторные операции на желчных путях. Тезисы докладов X-Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов; с. 39-46.
2. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Карагюлян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. М., 1982; 240.
3. Ничитайло М.Е., Скумс А.В., Галочка И.П. Повреждение желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. Анн. хирургической гепатологии, 2005, №2, С. 30-35.
4. Шаповальянц С.Г. Орлов С.Ю., Паньков Л.Г., Будзинский С.А. Эндоскопическое стентирование при рубцовых стриктурах желчных протоков. Анн. Хирургической гепатологии, 2005, №2, С.68.
5. Cameron J .W., Skinnek D.B., Luidema G.D. Long - term transephatic intubation for hilar hepatic duct strictures. Ann surg. 1996.Vol. 183; 5. 483-485.
6. Catt R.B., Hogg D.F., Clunic G.H. Retained Biliary Calculi: Denoval by a simple non-operative technique. Ann. Surg. 1994. Vol. 180: 2: 247-251.

## ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩЕЙ

М.М. АКБАРОВ<sup>1</sup>, Р.Р. СААТОВ<sup>2</sup>,  
У.Н. ТУРАКУЛОВ<sup>1</sup>, Л.П. СТРУССКИЙ<sup>1</sup>

- 1-Республиканский специализированный Центр хирургии им. акад. В.Вахидова
- 2-Ташкентский институт усовершенствования врачей, Республика Узбекистан, г. Ташкент

В статье представлен анализ хирургического лечения 317 больных с интраоперационными повреждениями и наружными свищами внепеченочных желчных протоков. Причинами образования стриктур и наружных желчных свищей явились интраоперационные повреждения при холецистэктомии, резекции желудка и эхинококкэктомии.

В предоперационном периоде всем больным проводилась коррекция нарушений водно-электролитного баланса, лечение и профилактика печеночно-почечной недостаточности, борьба с анаэробной инфекцией.

Из 317 больных выполнено 29 (9,1%) восстановительных и 288 (90,9%) реконструктивных операций. Рецидив стриктуры, потребовавший повторных хирургических вмешательств, отмечен у 21 (6,7%) больных. Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 63 (19,8%). Летальность составила 8,7 %. Основная причина смерти – интоксикация, печеночно-почечная недостаточность, связанные с гнойным холангитом и холангиолитическими абсцессами печени вследствие несостоятельности швов анастомоза.

**Ключевые слова:** *внепеченочные желчные протоки, ятрогенные повреждения, рубцовые стриктуры, наружный желчный свищ, диагностика, лечение.*