

© Коллектив авторов, 2018
УДК 616.361-008.45-089
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-1-65-68

А. Ю. Корольков, В. М. Саврасов, М. А. Китаева, Д. Н. Попов, С. Ф. Багненко

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИХ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, А ТАКЖЕ ПОСЛЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова МЗ РФ (ректор – акад. РАН С. Ф. Багненко)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Показать эффективную хирургическую тактику в лечении рубцовых стриктур желчевыводящих путей. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Авторы провели анализ хирургического лечения 18 пациентов с ятрогенными рубцовыми повреждениями желчных протоков. У всех 18 пациентов с ятрогенным повреждением желчевыводящих протоков после ранее выполненных восстановительных операций диагностировано развитие рубцовых стриктур желчных протоков. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** 17 пациентам были наложены билиодигестивные анастомозы на сменных транспечёночных дренажах; 1 – билиодигестивный анастомоз на Y-образном дренаже. Из 17 пациентов у 2 билиодигестивные анастомозы на сменных транспечёночных дренажах наложены вторым этапом, через 3 мес после наружного дренирования печёночных протоков. За время наблюдения, которое составило 5 лет, повторного рубцевания желчевыводящих протоков и наложенных анастомозов не наблюдалось. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Выбор хирургической тактики при лечении рубцовых стриктур желчевыводящих протоков зависит от типа стриктуры. Чаще встречаются высокие стриктуры, эффективным методом лечения которых является наложение билиодигестивных анастомозов на сменных транспечёночных дренажах.

Ключевые слова: желчевыводящие пути, ятрогенные повреждения, рубцовые стриктуры, лечение

A. Yu. Korolkov, V. M. Savrasov, M. A. Kitaeva, D. N. Popov, S. F. Bagnenko

Surgical tactics in the treatment of cicatricial strictures of the bile ducts because of the iatrogenic injuries and after reconstructive operations

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation

OBJECTIVE. The aim of the study is to demonstrate the effective surgical technique in the treatment of cicatricial strictures of the bile ducts. **MATERIAL AND METHODS.** The authors analyzed the surgical treatment of 18 patients with iatrogenic cicatricial damages of the bile ducts. The development of cicatricial strictures of the bile ducts was diagnosed in all 18 patients with iatrogenic damages of bile ducts after previously performed reconstructive operations. **RESULTS.** Biliodigestive anastomoses on the exchangeable transhepatic drains were applied for 17 patients; Y-anastomosis were applied for 1 patient. Biliodigestive anastomoses on the exchangeable transhepatic drains were applied for 2 patients of the 17 on the second stage in 3 months after external drainage of the hepatic ducts. Repeated scarring of the bile ducts and anastomosis had not been observing for the 5 years of observation. **CONCLUSION.** The choice of surgical tactics in treatment of cicatricial strictures of the bile ducts depends on the type of stricture. High strictures appears more often. The effective treatment of them is biliodigestive anastomoses on exchangeable transhepatic drains.

Keywords: *bile ducts, iatrogenic damage, cicatricial strictures, treatment*

Введение. Проблема ятрогенных повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков – одна из самых актуальных в хирургии желчевыводящих путей. Это связано с увеличением числа больных, страдающих желчнокаменной болезнью, и, следовательно, с увеличением количества операций по поводу хронического или острого калькулезного холецистита, особенно выполняемых лапароскопическим методом [3, 6, 7, 11]. Рубцовые стриктуры желчных протоков более чем в 90 % случаев имеют ятрогенный характер и в настоящее время становятся не только медицинской, но и социально значимой проблемой [1, 2, 4].

В свою очередь, рубцовые стриктуры желчевыводящих путей являются одной из причин развития острого холангита и билиарного сепсиса [3, 5, 11, 12].

Арсенал современных средств хирургической коррекции рубцовых стриктур билиарного дерева в последние годы существенно расширился за счет внедрения малоинвазивных методов (эндоскопическая баллонная дилатация и стентирование, чрескожно-чреспечёночное стентирование) [5, 6]. Однако эффективность этих способов не превышает 50–75 % [8–10].

Следовательно, анализ накопленного опыта в хирургическом лечении рубцовых стриктур желчевыводящих протоков в результате ятрогенных повреждений является актуальным.

Материал и методы. За последние 5 лет в клинику НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И. П. Павлова из других стационаров поступили 18 пациентов с рубцовыми стриктурами желчных протоков.

Всем пациентам ранее выполнялась лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого или хронического калькулезного холецистита с развитием ятрогенных повреждений. У 5 из данных пациентов было диагностировано иссечение протока, у 2 – пересечение протока, у 8 – краевое повреждение протока, у 3 – клипирование протока. Данным пациентам в ранние сроки (до 2 нед) выполнены восстановительные операции, такие как наложение билиобилиарного анастомоза при пересечении или иссечении участка протока, ушивание протока на Т-образном дренаже.

Однако у всех 18 пациентов с ятрогенным повреждением желчновыводящих протоков, поступивших в клинику НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. И. П. Павлова после ранее выполненных восстановительных операций, диагностировано развитие рубцовых стриктур желчных протоков.

Результаты. 13 (72,2 %) пациентов были госпитализированы в клинику в сроки от 2 до 9 мес от момента клинических проявлений; 3 (16,6 %) пациента – в сроки от 1–3 лет; 2 (11,2 %) пациента – сразу после появления клинических симптомов.

При обследовании на фоне рубцовых стриктур у 3 пациентов выявлена механическая желтуха; у 13 – острый холангит; у 2 – билиарный сепсис.

Наша тактика лечения заключалась в том, что первым этапом этим пациентам выполнялась декомпрессия билиарного тракта – чрескожно-чреспечёночное холангиодренирование [3, 9].

Параллельно с этим проводилась антибактериальная и дезинтоксикационная терапия: пациентам с механической желтухой и острым холангитом – в условиях хирургического отделения, пациентам с билиарным сепсисом – в условиях реанимационного отделения.

Препаратами выбора антибактериальной терапии при остром холангите были цефалоспорины III поколения, при билиарном сепсисе – цефалоспорины IV поколения или карбопенемы. После купирования симптомов интоксикации всем пациентам были выполнены реконструктивные операции.

Согласно классификации Э. И. Гальперина от 2002 г., выделяют следующие типы рубцовых стриктур [2]:

- тип «+2» средняя и низкая – общий печёночный проток (ОПП) >2 см;
- тип «+1» высокая – ОПП равен 1–2 см;
- тип «0» бифуркационная – ОПП равен 0–1 см;
- тип «-1» трансбифуркационная – сохранено соединение долевых печёночных протоков;
- тип «-2» дуктальная – долевые протоки разобщены;
- тип «-3» сегментарная – долевые печёночные протоки (чаще правый) рубцово-изменённые, сохранены сегментарные печёночные протоки.

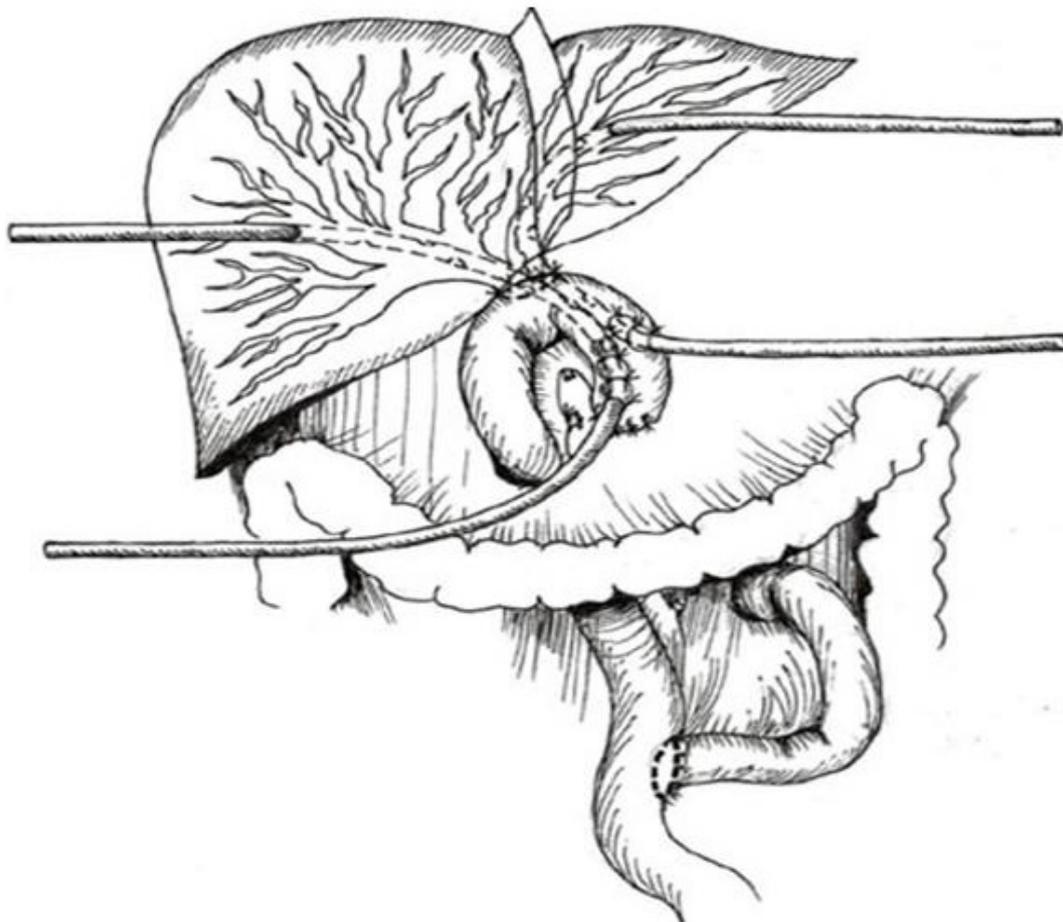


Схема бигепатикоеюноанастомоза на сменных транспечёночных дренажах

Во время операции выявлено, что у 16 из 18 пациентов стриктура локализовалась в воротах печени. У остальных были низкие стриктуры.

От этого зависел выбор анастомоза – при типе стриктуры «+2» и «+1» накладывался гепатикоюноанастомоз на сменных транспечёночных дренажах, при общем печёночном протоке <1 см накладывался бигепатикоюноанастомоз на сменных транспечёночных дренажах.

Бигепатикоюноанастомозы на сменных транспечёночных дренажах (рисунок) были наложены 12 пациентам; гепатикоюноанастомоз на сменных транспечёночных дренажах – 3 пациентам; гепатикоюноанастомоз на Y-образном дренаже – 1 пациенту.

При наложении билиодигестивных анастомозов на сменных транспечёночных дренажах были выполнены следующие условия:

- полное иссечение рубцов в области стриктуры;
- наложение анастомоза без натяжения швов;
- увеличение диаметра соустья за счет продольного рассечения протока по Нерр;
- формирование анастомоза с помощью рассасывающейся монофиламентной атравматической нити (PDS 4/0–5/0);
- формирование анастомоза с отключенной по Ру петлей тощей кишки, проведенной позадибодочно и длиной не менее 60 см.

Следует также отметить, что у 2 пациентов из 18, несмотря на проведение предоперационной подготовки, оперативное вмешательство закончилось наружным дренированием долевых протоков печени, в связи с выраженным инфильтративным процессом. Однако через 3 мес им были выполнены реконструктивные операции – наложение бигепатикоюноанастомозов на сменных транспечёночных дренажах.

Гладкий послеоперационный период отмечался у 14 пациентов. Это были пациенты, обратившиеся после проявления симптомов в течение первых 9 мес, и при поступлении были в относительно удовлетворительном состоянии, без тяжелых сопутствующих патологий.

Одну пациентку с печеночной недостаточностью, нарушением свертывающей системы крови, пришлось повторно оперировать в связи с интенсивным поступлением крови по контрольному подпечёночному дренажу. Было выявлено диффузное подтекание крови из печени, выполнено тампонирующее подпечёночное пространство.

Три пациента в связи с тяжёлыми сопутствующими патологиями, возрастом, наличием печёчно-почечной недостаточности довольно долго проходили восстановление в послеоперационном периоде. Однако были выписаны на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

Смена дренажей производилась через 1,5–2 мес, с последующей заменой их на каркасные дренажи без перфорационных отверстий, которые сохраняются до 2–2,5 года, так как в эти сроки происходит завершение рубцового процесса. Однако при высоких расположениях стриктуры («–2» и «–3» тип) дренажи сохранялись на более длительный срок (до 3–3,5 года).

Летальных исходов не было, так же как и повторного рубцевания анастомозов в течение последующих 5 лет, которые наблюдались больные.

Обсуждение. Следует отметить, что все анастомозы формировались с помощью рассасывающейся монофиламентной атравматической нити (PDS 4/0–5/0), отдельными узловыми швами, без захвата в шов слизистых оболочек протока и кишки и на отключенной по Ру петли тощей кишки, проведенной позадибодочно и длиной не менее 60 см. Эта методика позволяет избежать как угловой деформации отводящей петли кишки, так и кишечных свищей в месте выведения через неё дренажей. Обязательным условием является формирование билиодигестивных анастомозов при высоких рубцовых стриктурах на сменных транспечёночных дренажах, что дополнительно позволяет избежать рубцевания сформированных анастомозов в ближайшие сроки от операции (6–12 мес). Также нами предложена ранняя замена перфорированных сменных транспечёночных дренажей на неперфорированные дренажи, что значительно уменьшает развитие рефлюкс-холангита и в связи с этим улучшает качество жизни больных. Результаты данной работы оцениваются авторами как хорошие, так как за период наблюдения данных пациентов рецидивов рубцевания не наблюдалось, а также отсутствовали летальные исходы.

Выводы. 1. Определяющим фактором, влияющим на выбор вида хирургического лечения, является тип стриктуры.

2. Наиболее частым типом рубцовых стриктур желчных протоков в результате ятрогенных повреждений являются высокие стриктуры.

3. Операцией выбора при высоких стриктурах желчных протоков является наложение билиодигестивных анастомозов на сменных транспечёночных дренажах.

4. Больные с РСЖП должны оперироваться в специализированных отделениях, хирургами, имеющими опыт данных операций.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Артемьева Н. Н. Повреждение желчных протоков во время операции и способы их устранения // Анн. хир. гепатол. 1996. С. 269. [Artem'eva N. N. Povrezhdenie zhelchnyh protokov vo vremya operacii i sposoby ih ustraneniya // Annaly hirurgicheskoy gepatologii. 1996. P. 269].

2. Гальперин Э. И., Дюжева Т. Г. Лекции по гепатобилиарной хирургии. М.: Видар-М, 2011. С. 123–145. [Gal'perin E. I., Djuzheva T. G. Lekcii po gepatobiliarnoj hirurgii. M.: Vidar-M, 2011. P. 123–145.]
3. Котельникова Л. П., Бурнышев И. Г., Баженова О. В. Хирургическая тактика при повреждениях внепеченочных желчных протоков // Перм. мед. журн. 2014. № 4. С. 26–32. [Kotel'nikova L. P., Burnyshev I. G., Bazhenova O. V. Hirurgicheskaja taktika pri povrezhdenijah vnepechenochnyh zhelchnyh protokov // Permskij medicinskij zhurnal. 2014. № 4. P. 26–32.]
4. Майстренко Н. А., Стукалов В. В., Шейко С. Б. Повреждения желчных протоков при традиционных и видеолaparоскопических операциях // Анн. хир. гепатол. 2000. № 2. С. 122–123. [Majstrenko N. A., Stukalov V. V., Shejko S. B. Povrezhdenija zhelchnyh protokov pri tradicijonnyh i videolaparoskopicheskijh operacijah // Annaly hirurgicheskoi gepatologii. 2000. № 2. P. 122–123.]
5. Махмадов Ф. И., Курбонов К. М., Собиров А. Д. Новые мини-инвазивные технологии в диагностике и лечении осложнений оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путей // Академ. журн. Западной Сибири. 2013. № 2 (45). С. 15–16. [Mahmadov F. I., Kurbonov K. M., Sobirov A. D. Novye mini-invazivnye tehnologii v diagnostike i lechenii oslozhnenij operativnyh vmeshatel'stv na pecheni i zhelchevyvodjashhih putej // Akademicheskij zhurnal Zapadnoj Sibiri. 2013. № 2 (45). P. 15–16.]
6. Токаренко В. П. Проблемы хирургического лечения ятрогенных повреждений и стриктур внепеченочных желчных протоков // Фундамент. исслед. 2014. № 10-1. С. 203–207. [Tokarenko V. P. Problemy hirurgicheskogo lechenija jatrogennyh povrezhdenij i striktur vnepechenochnyh zhelchnyh protokov // Fundamental'nye issledovanija. 2014. № 10. P. 203–207.]
7. Хоронько Ю. В., Ермолаев А. Н., Дмитриев А. В. Выбор билиодигестивной реконструкции при последствиях ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков // Фундамент. исслед. 2014. № 10. С. 571–574. [Horon'ko Ju. V., Ermolaev A. N., Dmitriev A. V. Vybor biliodigestivnoj rekonstrukcii pri posledstvijah jatrogennyh povrezhdenij vnepechenochnyh zhelchnyh protokov // Fundamental'nye issledovanija. 2014. № 10. P. 571–574.]
8. Шаповальянц С. Г., Будзинский С. А., Федоров Е. Д., Маринова Л. А. Эндоскопическое лечение послеоперационных рубцовых стриктур желчевыводящих путей (20-летний опыт) // Анн. хирург. гепатол. 2011. Т. 16, № 2. С. 10–17. [Shapoval'janc S. G., Budzinskij S. A., Fedorov E. D., Marinova L. A. Jendoskopicheskoe lechenie posleoperacionnyh rubcovyh striktur zhelchevyvodjashhih putej (20-letnij opyt) // Annaly hirurgicheskoi gepatologii. 2011. Vol. 16, № 2. P. 10–17.]
9. Born P., Rosch T., Bruhl K. et al. Long-term results of endoscopic and percutaneous transhepatic treatment of benign biliary strictures // Endoscopy. 2011. Vol. 31. P. 725–731.]
10. Costamagna G., Pandolfi M., Mutignani M. et al. Long-term results of endoscopic management of postoperative bile duct strictures with increasing numbers of stents // Gastrointestinal endoscope. 2010. Vol. 54. P. 498–507.
11. Gazzaniga G. M., Filairo M., Mori L. Surgical treatment of iatrogenic lesions of the proximal common bile duct // World Journal of Surgery. 2001. Vol. 25, № 10. P. 1254–1259.
12. Suman L., Civelli E. M., Cozzi G., Milella M., Severini A. Long-term results of balloon dilation of benign duct strictures // Acta Radiologica. 2003. Vol. 44, № 2. P. 147–150.

Поступила в редакцию 13.09.2017 г.

Сведения об авторах:

Корольков Андрей Юрьевич (e-mail: koroikov.a@mail.ru), д-р мед. наук, доц. кафедры госпитальной хирургии № 1, руководитель хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии); Саврасов Вячеслав Михайлович (e-mail: savrasovvm@yandex.ru), канд. мед. наук, зав. хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии); Китаева Мария Андреевна (e-mail: m-kitaeva@yandex.ru), врач-хирург хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии); Попов Дмитрий Николаевич (e-mail: dimtryp@gmail.ru), клинический ординатор хирургического отделения № 4 (неотложной хирургии); Вагненко Сергей Федорович (e-mail: Vagnenko_spb@mail.ru), акад. РАН, ректор; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6–8.