

УДК 616.361–089.819.1

**ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ  
ЧРЕСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ  
У БОЛЬНЫХ С ЯТРОГЕННЫМИ  
ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ХОЛЕДОХА**

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н.,  
профессор  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;  
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный  
медицинский университет», Краснодар, Россия*

Габриэль Сергей Александрович – к.м.н.  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Гучетль Александр Якубович – к.м.н.  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Марков Павел Викторович – к.м.н.  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Дынько Виктор Юрьевич  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Гольфанд Виктор Викторович  
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар, Россия*

Нами проанализирована эффективность  
эндоскопических чреспапиллярных вмешательств  
в диагностике и лечении последствий  
хирургических вмешательств на холедохе в  
условиях муниципального многопрофильного  
лечебно-диагностического учреждения за период  
2008–2011 гг.

Ключевые слова: ПЕТРОГРАДНАЯ  
ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ (РХПГ),  
РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ ХОЛЕДОХА,  
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ЧРЕСПАПИЛЛЯРНЫЕ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ЯПХ (ЯТРОГЕННЫЕ  
ПОВРЕЖДЕНИЯ ХОЛЕДОХА)

UDC 616.361–089.819.1

**POSSIBILITIES OF PERCUTANEOUS  
ENDOSCOPIC INTERVENTIONS IN PATIENTS  
WITH IATROGENIC DAMAGES  
OF COMMON BILE DUCT**

Durleshter Vladimir Moiseevich – MD, professor  
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;  
SBEA HPE «Kuban state medical university»,  
Krasnodar, Russia*

Gabriel' Sergey Alexandrovich – Ph.D. (Med.)  
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia*

Guchetl' Alexandr Yakubovich – Ph.D. (Med.)  
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia*

Markov Pavel Viktorovich – Ph.D. (Med.)  
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia*

Dyin'ko Viktor Yurievich  
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia*

Gol'fand Viktor Viktorovich,  
*SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia*

The efficacy of percutaneous endoscopic interventions  
in diagnostics and treatment of bile duct surgical  
injuries obtained in the municipal diversified hospital  
during 2008–2011 was assessed.

Key words: ERCP, CHOLEDOCHAL CICATRICAL  
STRICTURES, PERCOTANEOUS ENDOSCOPIC  
INTERVENTIONS, IBDI (IATROGENIC BILE  
DUCT INJURY)

## **Введение**

Несмотря на значительные достижения в хирургии больных с ятрогенными повреждениями холедоха, эта проблема остается актуальной. Данный контингент больных представляет собой не только сложную группу, с медицинской точки зрения (наличие осложнений заболевания, спаечного процесса, сопутствующих заболеваний), но и экономически затратную (неоднократные повторные хирургические вмешательства с применением дорогостоящих препаратов и длительным пребыванием в стационаре).

В настоящее время количество больных с различного рода повреждениями холедоха ятрогенного генеза не только не уменьшается, но и имеет небольшую тенденцию к росту. Так, если частота ятрогенного повреждения желчных протоков была стабильной в последние десятилетия и составляла 0,05–0,2 %, то с применением лапароскопической холецистэктомии, особенно на стадии освоения методики, она возросла до 0,3–3,0 % [1, 2]. Причем в 80–90 % случаев ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии заканчиваются развитием стриктур желчных протоков [3, 5].

Результаты оперативного лечения повреждений желчных протоков свидетельствуют о высокой частоте осложнений (10–48 %), летальности (3,2–28,2 %) и неудовлетворительных отдаленных результатах (10–38 %) [5, 6]. Рубцевание сформированных желчно-кишечных анастомозов наступает в 8,4–28,3 % случаев [2, 4].

С развитием эндоскопических чреспапиллярных технологий многие корректирующие вмешательства на холедохе стали выполняться ретроградно. Преимущества данных малоинвазивных вмешательств очевидны: отсутствует необходимость выполнения повторных полостных операций и связанного с этим применения дорогостоящих препаратов,

сокращение пребывания больных в стационаре, повышение психоэмоционального комфорта больных и др.

**Цель настоящего исследования:** проанализировать эффективность эндоскопических вмешательств в диагностике и лечении пациентов с последствиями хирургических вмешательств на холедохе, проходивших обследование и лечение в нашей клинике за 2008–2011 гг.

**Материал и методы.** Общее количество больных составило 63 человека (женщин – 43, мужчин – 20). Основными клиническими симптомами были боль и проявления механической желтухи.

Всем больным выполнялся стандартный диагностический алгоритм, включающий сбор анамнеза, лабораторные показатели и данные трансабдоминального ультразвукового исследования (УЗИ). Следующим этапом осуществлялась попытка эндоскопической чреспапиллярной диагностики и, при необходимости, выполнения лечебных эндоскопических чреспапиллярных вмешательств.

Средний возраст больных составил 44 года, что определило характер сопутствующей патологии, представленной в таблице 1.

Таблица 1 – Структура сопутствующей патологии ( $n = 63$ )

Наименование патологии	Абсолютное количество	%
Гипертоническая болезнь	39	61,9
Хроническая сердечная недостаточность	28	44,4
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	17	26,9
Холедохолитиаз	11	17,4
Сахарный диабет	4	6,3
Вирусный гепатит	2	3,2
Ожирение	2	3,2

Из данных таблицы 1 видно, что наиболее часто в качестве сопутствующей патологии у больных имели место нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Данные о структуре и количестве патологий, по поводу которых проводились вмешательства, представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Характер патологии ( $n = 63$ )

Наименование патологии	Абсолютное количество	%
Рубцовые стриктуры холедоха (ятрогенного генеза)	32	50,8
Рубцовые стриктуры холедоха + холедохолитиаз	11	17,5
Стриктуры билиодигестивных анастомозов	4	6,3
Несостоятельность культи пузырного протока (класс А повреждений холедоха)	12	19,0
Полный блок холедоха (ятрогенного генеза)	2	3,2
Точечный дефект стенки холедоха (ятрогенного генеза)	2	3,2

Из данных таблицы 2 видно, что наиболее часто встречались рубцовые стриктуры ятрогенного характера (рис. 1).

У 11 больных (17,5 %) при поступлении наблюдалось осложнение основного заболевания в виде гнойного холангита. У 6 больных имел место парапапиллярный дивертикул двенадцатиперстной кишки (ДПК), у 3-х – интрадивертикулярное расположение большого дуоденального сосочка (БДС), что не повлияло на возможность проведения чреспапиллярного вмешательства и на дальнейшую тактику лечения. У 23 больных при поступлении в анамнезе была выполнена эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ).

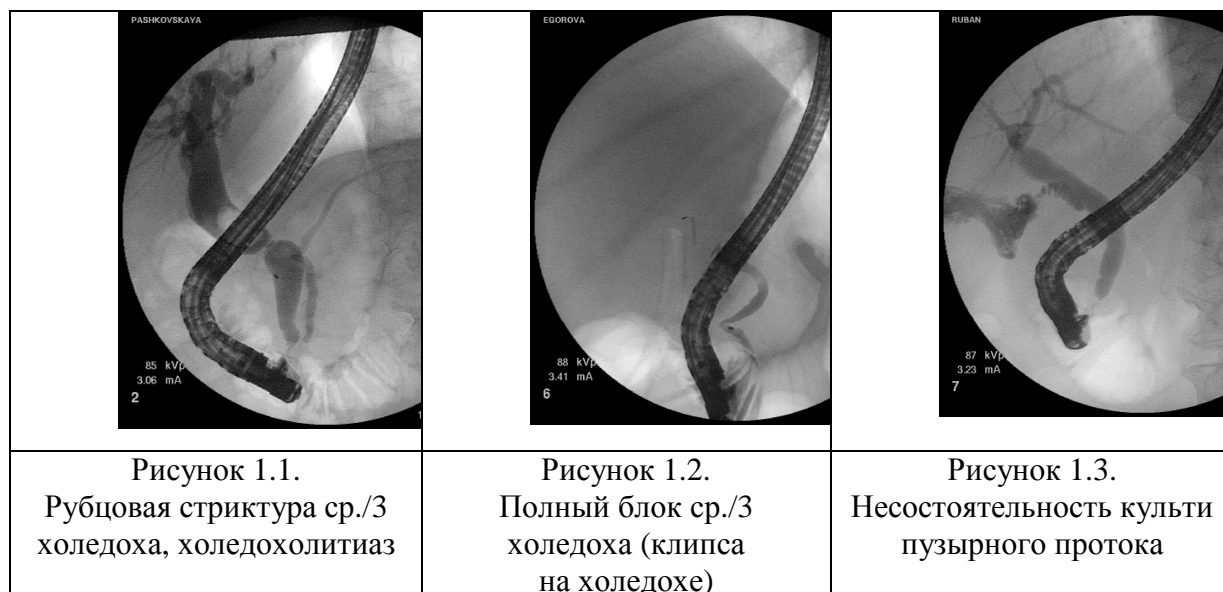


Рисунок 1. Рентген-фото выявленной патологии

У пациентов с рубцовыми стриктурами холедоха или зоны анастомозов, кроме диагностической ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ), проводилось стентирование холедоха.

В случае необходимости перед стентированием выполняли бужирование или баллонную дилатацию холедоха. При точечных дефектах холедоха, после хирургических операций или несостоятельности холедоха также проводилась постановка билиарного стента. При полном блоке холедоха, требующем хирургической коррекции, осуществлялось только диагностическое контрастирование билиарного дерева. При сопутствующем холедохолитиазе выполнялась механическая литоэкстракция конкрементов.

У 12 больных данной группы эндоскопические вмешательства ограничились только диагностическим этапом, без попытки эндоскопической коррекции, им требовалась коррекция изменений холедоха открытым хирургическим доступом.

Данные о характере и количестве эндоскопических вмешательств, выполненных в данной группе больных, приведены в таблице 3.

Таблица 3 – Количество и вид эндоскопических вмешательств

Вид вмешательства	Абсолютное количество
Ретроградная холангиопанкреатография	89
Эндоскопическая папиллотомия	30
Эндоскопическая механическая литоэкстракция	11
Эндоскопическое стентирование холедоха	41
Эндоскопическое бужирование холедоха	19
Баллонная дилатация стриктуры холедоха	5
Назобилиарное дренирование	2

Из данных таблицы 3 видно, что в этой группе больных высока частота выполнения таких эндоскопических вмешательств, как стентирование и бужирование холедоха (рис. 2).

В связи с техническими сложностями, которые возникают при эндоскопических вмешательствах данной категории больных (дислокация ДПК и большого дуоденального соска (БДС) в результате перенесенных вмешательств, наличие анастомозов, деформация и стриктуры холедоха и др.), мы проанализировали этапность эндоскопических вмешательств (количество этапов эндоскопического вмешательства для достижения поставленной цели) (табл. 4).

Таблица 4 – Этапность эндоскопических вмешательств ( $n = 63$ )

Этапы	Абсолютное количество	%
В один этап	41	65
В два этапа	14	22
В три и более этапа	8	12

Согласно данным таблицы 4, в рассматриваемой группе велико число больных с повторными вмешательствами (в общей группе больных,

которым выполнялись чреспапиллярные манипуляции, количество одноэтапных вмешательств составило 75 %).



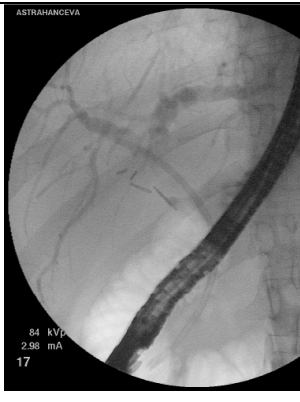


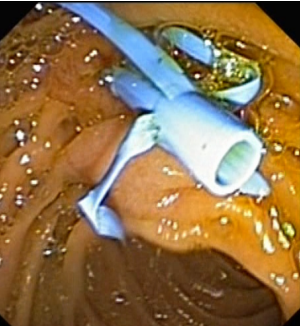
		
<p>Рисунок 2.1. Rg-фото. Бужирование стриктуры холедоха</p>	<p>Рисунок 2.2. Rg-фото. Баллонная дилатация стриктуры холедоха</p>	<p>Рисунок 2.3. Rg-фото. Стентирование холедоха</p>
		
<p>Рисунок 2.4. Эндо-фото. Бужирование стриктуры холедоха</p>	<p>Рисунок 2.5. Эндо-фото. Баллонная дилатация стриктуры холедоха</p>	<p>Рисунок 2.6. Эндо-фото. Стент в холедохе</p>

Рисунок 2. Наиболее часто выполняемые эндоскопические вмешательства

В нашей группе больных общее количество эндоскопических вмешательств было 95. Средняя продолжительность каждого вмешательства составила  $38 \pm 2$  мин (в общей группе больных средняя продолжительность одного вмешательства –  $24 \pm 2$  мин).

В данной группе после эндоскопического вмешательства у 17 больных (27,0 %) отмечалась амилаземия, что требовало проведения интенсивной терапии. В 6 случаях (9,5 %) был отмечен острый постманипуляционный панкреатит, что определило необходимость проведения интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения.

В одном случае (1,6 %) было отмечено кровотечение из папиллотомной раны в раннем послеоперационном периоде, которое было остановлено эндоскопически. В анализируемой группе был отмечен один летальный исход (1,6 %). У пациентки с точечным дефектом гепатикохоледоха после оперативного лечения был установлен билиарный стент, однако, на фоне прогрессирования симптомов полиорганной недостаточности наступила смерть.

Эндоскопические вмешательства были эффективны (удалось добиться поставленной задачи) у 57 больных (90,5 %), неэффективны у 6 больных (9,5 %). У 3-х больных после пластики холедоха тонкокишечным трансплантатом не удалось достоверно визуализировать гепатико-трансплантат анастомоз и тем самым подтвердить диагноз и выполнить корригирующие эндоскопические вмешательства в результате дислокации БДС и сложности манипуляций после перенесенных операций. Еще у 3-х больных с рубцовыми стриктурами холедоха попытки эндоскопического лечения также не увенчались успехом (в 1-м случае в результате выраженной деформации холедоха и невозможности бужирования, в 2-х случаях – дислокации БДС после перенесенных ранее вмешательств).

Таким образом, эффективность проведенных нами оперативных вмешательств у больных с послеоперационными повреждениями холедоха подтверждена данными таблицы 5.

Анализ результатов, приведенных в таблице 5, показал, что данный контингент представляет более сложную группу больных, требующих более длительных и сложных эндоскопических вмешательств. Эффективность эндоскопических вмешательств в этой группе больных оказалась ниже, чем в общей (эффективность в общей группе составила 95,4 %), а количество осложнений – выше (осложнения в общей группе – 4,3 %).



Таблица 5 – Эффективность эндоскопических вмешательств в группе больных с послеоперационными повреждениями холедоха ( $n = 63$ )

Результаты	Абсолютное количество	%
Эндоскопические вмешательства эффективны	57	90,5
Эндоскопические вмешательства не эффективны	6	9,5
Осложнения	7	11,1
Летальность	1	1,6

**Выводы.** Больные с ятрогенными стриктурами холедоха или последствиями хирургических вмешательств на холедохе представляют сложную группу пациентов, для которой характерны проведение многоэтапных и длительных эндоскопических вмешательств и возникновение большого числа осложнений и летальности, по сравнению с общей группой.

Эффективность лечебных эндоскопических вмешательств в этой группе меньше, чем в общей и зависит от оснащения и качества имеющейся аппаратуры и инструментария.

Только комплексное применение эндоскопических методик обеспечивает высокий процент эффективности малоинвазивного лечения группы больных с ятрогенными повреждениями холедоха.

### Список литературы

1. *Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф.* Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии // Хирургия. – 1998. – № 1. – С. 5–7.
2. *Шалимов А.А. и соавт.* Хирургия печени и желчных протоков. – Киев: Здоровье, 1975. – 407 с.
3. *Нидерле Б. и соавт.* Хирургия желчных путей. – Прага: Авиценум: Медицинское издательство, 1982. – 491 с.
4. *Петровский Б.В., Милонов О.Б., Смирнов В.А.* Реконструктивная хирургия при поражении внепеченочных желчных протоков. – М., 1980. – 304 с.
5. *Савельев В.С., Могучев В.М., Филимонов М.И.* Повреждение магистральных желчных протоков при холецистэктомии // Хирургия. – 1971. – № 5. – С. 47–51.
6. *Борисов А.Е.* Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей [В 2-х т.]. – СПб: Скифия, 2003. – 488 с.