

УДК 616.367-001-06	UDC 616.367-001-06
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (АНТЕГРАДНЫЕ И РЕТРОГРАДНЫЕ) ПОД КОНТРОЛЕМ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ	MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS (ANTEGRADE AND RETROGRADE) UNDER RADIATION METHODS CONTROL IN TREATMENT OF POSTOPERATIVE OUT- HEPATIC BILE DUCT STRICTURES
Токаренко Евгений Владимирович	Tokarenko Evgeny Vladimirovich
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
Андреев Андрей Викторович – д.м.н.	Andreev Andrey Victorovich – MD
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», SBEA HPE «Kuban state medical university», Krasnodar, Russia</i>
Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н., профессор	Durleshter Vladimir Moiseevich – MD, professor
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», SBEA HPE «Kuban state medical university», Krasnodar, Russia</i>
Сахно Владимир Дмитриевич – д.м.н., профессор	Sachno Vladimir Dmitrievich – MD, professor
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»; ГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет», Краснодар, Россия</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», SBEA HPE «Kuban state medical university», Krasnodar, Russia</i>
Баранников Антон Юрьевич	Barannicov Anton Yur'evich
<i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия</i>	<i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia</i>
В статье представлен обзор клинических данных хирургического лечения послеоперационных стриктур внепеченочных желчных протоков с применением минимально инвазивных антеградных и ретроградных вмешательств под контролем лучевых методов.	The article presents an overview of clinic data of surgical treatment of bile duct postoperative strictures, useing of minimally invasive antegrade and retrograde interventions under radiation methods control.
Ключевые слова: ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ, ЯТРОГЕННАЯ ТРАВМА, СТРИКТУРА, МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ, ОСЛОЖНЕНИЯ	Key words: BILE DUCTS, IATROGENIC INJURY, STRICTURE, MINIMALLY INVASIVE SURGERY, COMPLICATIONS

Введение

Ятрогенная травма желчных протоков не теряет своей актуальности и остается одной из наиболее важных проблем в абдоминальной хирургии.

Частота возникновения ятрогенной травмы желчных протоков при открытой холецистэктомии составляет 0,1–0,8 %, при резекции желудка – 0,14 %, при лапароскопическом вмешательстве – от 0,3 до 2 %. В хирургических стационарах, не специализирующихся на билиарной хирургии, этот показатель достигает 3–4 % [3, 4, 5, 6, 9].

Рубцовые стриктуры желчных протоков в 82–97 % наблюдений возникают вследствие ятрогенной травмы желчных протоков. В послеоперационном периоде рубцовые стриктуры развиваются в 20–30 % наблюдений [2, 10].

Клиническим проявлением рубцовой стриктуры желчных протоков в 70–92,5 % случаев является синдром механической желтухи, при этом, как правило, возникает рецидивирующий холангит, иногда наружный желчный свищ. Без лечения гнойный холангит в течение трех месяцев может привести к холангиогенным абсцессам печени, а сроки формирования билиарного цирроза печени составляют от 12 месяцев до 2 лет [7].

Автор представил в своей работе результат лечения 23 пациентов с послеоперационными рубцовыми стриктурами желчных протоков. Всем пациентам была выполнена коррекция стриктуры с помощью ретроградного эндобилиарного стентирования. Отличный и хороший результат наблюдался у 17 пациентов (73,9 %) [1].

Автор рассматривает эндоскопическую коррекцию рубцовых стриктур желчных протоков как альтернативный вариант хирургического лечения данной патологии. Группой авторов представлен анализ лечения 45 пациентов с послеоперационными рубцовыми стриктурами низкого и среднего расположения, диаметром – более 1 мм, протяженностью – не бо-

лее 1 см. Всем пациентам был выполнен комплекс эндоскопических вмешательств: папиллосфинктеротомия, бужирование, баллонная дилатация, билиодуоденальное протезирование. Авторы утверждают, что хорошие отдаленные результаты отмечены у 95,7 % пациентов, частота осложнений эндоскопического лечения составляла 8,9 %, а летальность – 2,2 % [9].

Проблеме лечения рубцовых стриктур желчных протоков чрескожным антеградным методом уделяется внимание в ряде отечественных и зарубежных литературных источников. Однако в настоящее время некоторые вопросы диагностики и хирургической тактики лечения пациентов со стриктурами желчных протоков не решены и являются спорными, не выработана единая общепринятая тактика. В современной литературе не получили достаточного освещения минимально инвазивные чрескожные методы лечения у пациентов со стриктурами желчных протоков. Эта категория тяжелых, на наш взгляд, пациентов представляет несомненный научный и практический интерес.

Цель работы: улучшить результат хирургического лечения пациентов со стриктурами желчных протоков.

Материал и методы

В ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2 («ККБ № 2») г. Краснодара с 2008 по 2017 годы находились на лечении 19 пациентов со стриктурами желчных протоков. Всем пациентам ранее были выполнены восстановительные или реконструктивные операции по поводу ятрогенной травмы желчных протоков. В отдаленном послеоперационном периоде проводилось миниинвазивное хирургическое лечение больных со стриктурами желчных протоков с применением чреспапиллярных и чрескожных технологий под контролем лучевых методов диагностики.

После холецистэктомии лапаротомным доступом было 7 (36,8 %) пациентов, лапароскопическим – 8 (42,1 %), ретроградной эндоскопической панкреатикохолангиографии – 2 (10,5 %) пациента, правосторонней гемиколэктомии – один (5,3 %) пациент, левосторонней гемигепатэктомии – один (5,3 %) пациент. Из них экстренные операции были выполнены у 10 (52,6 %) пациентов, плановые – 9 (47,4 %). Интраоперационно ятрогенные повреждения желчных протоков были выявлены у 5 (26,3 %) пациентов. До 5 суток ятрогенная травма была обнаружена у 8 (42,1 %) пациентов, после 5 дней – у одного (5,3 %) и отдаленная стриктура – у 5 (26,3 %) пациентов. Учитывался характер повреждения желчевыводящих путей: пересечение желчных протоков у 2-х (10,5 %) пациентов, иссечение – у 9 (47,4 %), краевое ранение – у 4-х (21 %), пересечение с правой печеночной артерией – у одного (5,3 %). У 3-х (15,8 %) пациентов характер ятрогенной травмы установить не удалось.

Результаты

В послеоперационном периоде высокая стриктура желчных протоков развилась у 12 (63,2 %) пациентов. В этом случае применялись чрескожные антеградные технологии под контролем лучевых методов. Выполнялась чрескожная фистулография желчных протоков, баллонная дилатация зоны стриктуры, наружно-внутреннее каркасное дренирование полипропиленовым эндопротезом с заменой его через каждые 6 месяцев.

У пациентов с низкими стриктурами желчных протоков – 7 (36,8 %) применялись ретроградные рентгенэндобилиарные методы лечения. После ретроградной холангиографии проводили баллонную дилатацию продленных стриктур с последующей постановкой полипропиленового эндопротеза и заменой стента через каждые 3 месяца с целью увеличения его диаметра. Сроки каркасного дренирования составили 1,5 года. Применение минимально травматичных технологий способствовало уменьшению воз-

никновения у пациентов числа послеоперационных рестриктур. Так, в отдаленном периоде рестриктуры развились у 20,1 % пациентов, у 2-х (10,5 %) пациентов – после применения чрескожных технологий и у 2-х (10,5 %) – после ретроградных методов лечения. В одном случае выполнена «открытая» реконструктивная операция, в остальных трех случаях применяли минимально инвазивные технологии лечения, а также динамическое наблюдение пациентов.

Заключение

Применение минимально инвазивных ретроградных и антеградных технологий лечения послеоперационных стриктур внепеченочных желчных протоков по поводу ятрогенной травмы под контролем лучевых методов позволяет снизить количество рестриктур в отдаленном послеоперационном периоде.

Список литературы

1. *Ахаладзе Г. Г.* Преимущества мультидисциплинарного подхода к лечению повреждений общего желчного протока при холецистэктомии / Г. Г. Ахаладзе, М. В. Кочергин // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2009. – Т. 14, № 3. – С. 16.
2. *Вишневский В. А.* К вопросу о каркасном дренировании в реконструктивной хирургии стриктур желчных протоков / В. А. Вишневский, В. А. Кубышкин // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2005. – Т. 10, № 2. – С. 52–53.
3. *Гальперин Э. И.* Руководство по хирургии желчных путей / Э. И. Гальперин, П. С. Ветшев. – М., 2009. – 568 с.
4. *Гальперин Э. И.* Резолюция XXI Международного конгресса Ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ / Э. И. Гальперин, В. А. Вишневский, П. С. Ветшев, Т. Г. Дюжева // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2015. – Т. 20, № 3. – С. 139–140.
5. *Гальперин Э. И.* Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии / Э. И. Гальперин, Т. Г. Дюжева. – М.: Видар-М, 2011. – 536 с.
6. *Гальперин Э. И.* Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии / Э. И. Гальперин, Т. Г. Дюжева, Г. Г. Ахаладзе, В. И. Егоров, С. Б. Жигалова, С. Р. Караголян, А. Е. Котовский, Р. А. Мусин, А. Ю. Чевокин, А. Г. Шенцингер. – М.: Видар-М, 2011. – 536 с.
7. *Ильченко А. А.* Болезни желчного пузыря и желчных путей / А. А. Ильченко. – Орёл: Новое время, 2011. – 878 с.
8. *Шаповальянц С. Г.* Эндоскопическое лечение послеоперационных рубцовых стриктур желчевыводящих путей / С. Г. Шаповальянц, С. А. Будзинский, Е. Д. Федоров, А. Г. Мыльников, Л. А. Маринова, Т. Б. Ардасенов // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2011. – Т. 16, № 2. – С. 10–17.
9. *Bismuth H., Majno P. E.* Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment // *World-J-Surg.* – 2001. – Vol. 25, No. 10. – P. 1241–4.
10. *Lillimoe K. D., Melton K. D., Cameron J. L.* Postoperative bile duct strictures: management and outcome in the 1990s // *Annals Surgery.* – 2000. – Vol. 232, No. 3. – P. 430–441.