

ОПТИМИЗАЦИЯ ЩАДЯЩИХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Туракулов У.Н.

Саатов Р.Р.

Акбаров М.М.

Республиканский специализированный центр хирургии им. академика В. Вахидова

Министерства здравоохранения Республики Узбекистан,

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,

Ташкентская Медицинская Академия.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.13894052>

Аннотация. В статье представлены сведения по оптимизации мягких хирургических методов при ятрогенных поражениях внепеченочных желчевыводящих путей.

Ключевые слова: актуальных проблем, хирургии значительное, холецистэктомии лапаротомным, хроническая механическая желтуха, гепатикохоледох, реконструктивных операций.

OPTIMIZATION OF GENTLE SURGICAL METHODS FOR IATROGENIC INJURIES OF EXTRAHEPATIC BILE DUCTS

Abstract. The article presents information on the optimization of gentle surgical methods for iatrogenic injuries of extrahepatic bile ducts.

Keywords: topical issues, surgery significant, cholecystectomy laparotomic, chronic mechanical jaundice, hepaticocholedochus, reconstructive operations.

В ряду актуальных проблем абдоминальной хирургии значительное место занимают вопросы хирургической коррекции ятрогенных повреждений желчных протоков (ЯПЖП). [1,2]. Масштаб проблемы подчеркивает высокая частота встречаемости ЯПЖП, которая обусловлена продолжительностью патологии, нарастанием таких осложнений, как хроническая механическая желтуха, билиарный цирроз печени, портальная гипертензия, гнойный холангит, гепатаргия. Ошибки первичных вмешательств на внепеченочных желчных протоках требуют многократных восстановительных и реконструктивных операций.

Среди ятрогений при операциях на органах брюшной полости повреждения внепеченочных желчных протоков занимают 0,2-3%. Повторные восстановительно-

реконструктивные операции приводят к рецидивам стриктур желчных протоков и наружных желчных свищей (НЖС) в пределах 10-12%, а летальность при этом составляет от 8 до 40% [3,4].

Данные литературы свидетельствуют, что в 90% ЯПЖП наблюдаются при первичных холецистэктомиях. Если при выполнении холецистэктомии лапаротомным доступом ЯПЖП возникают от 0,3 до 0,8%, то при использовании лапароскопических методик они возрастают от 0,3 до 3% случаев [3,4]. Наряду с тем, что лапароскопическая технология безусловно является показателем современной медицинской науки и практики, в то же время увеличение числа лапароскопических вмешательств на этапе освоения этой методики неизбежно приводит к возникновению всевозможных осложнений. Эти осложнения ятрогенного характера требуют повторных высокотехнологичных вмешательств, не говоря уже о том, что судьба этих больных порой драматична.

Резекции желудка также могут осложниться ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных путей и - в 0,4-9,1% случаев. В большинстве случаев это связано зависит от уровня профессиональной подготовки хирурга, а также от степени воспалительно-деструктивного процесса в зоне гепатодуоденальной связки.

Многочисленные международные форумы хирургов-гепатологов с К сожалением констатируют неудовлетворенность результатами восстановительно-реконструктивных операций, выполняемые при данной патологии. Поиски оптимальных методов вмешательств привели к внедрению вариантов современного направления хирургии желчных путей – эндобилиарного стентирования [5,6]. Остается надежда, что дальнейшее совершенствование щадящих методов хирургического лечения ятрогенных повреждений гепатикохоледоха должна завершиться оптимальным решением.

Цель: Улучшение результатов хирургической коррекции ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей при помощи щадящих эндоскопических технологий.

Материал и методы. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) и полипозиционная фистулография являются лидирующими методами в диагностике интраоперационных повреждений, рубцовых стриктур. Нами ЭРПХГ проводилась на дуоденофиброскопе с боковой оптикой JF-B(B2), JF-10 фирмы “Olimpus” (Япония). В РСЦХ им. акад. В.Вахидова с 2010 по 2023гг произведено 352 исследования. Из этого числа ЭРХПГ сочеталось с последующей эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) у 273 пациентов. Контрольная ЭРХПГ предпринята после ЭПСТ у 194 больных.

Проводилось бужирование стенотического сегмента биопсийными щипцами с локальной диатермокоагуляцией труднобуживаемого рубцового сегмента. После этого выполнялось стентирование стенотического участка.

Использовались стандартные эндобилиарные стенты.

Результаты и их обсуждение. По нашим данным, причиной образования рубцовых стриктур и свищей были: повреждение желчных протоков и их неадекватное дренирование при холецистэктомии (9,2%), резекции желудка (7,0%) и при эхинококкэктомии (2,8%).

Нами выполнено 297 эндоскопических трансдуоденальных стентирований стенозированных участков внепеченочных желчных путей после первичных хирургических вмешательств. Во всех случаях обнаружены стриктуры гепатикохоледоха, образовавшие наружный желчный свищ. В 56 случаях стриктура располагалась в зоне конfluence и носила критический характер, сопровождавшийся прогрессированием механической желтухи. В этой группе больных прямой билирубин составлял от 200 до 300 мкмоль/л. У 35 пациентов наблюдались начальные признаки печеночной недостаточности в виде проявлений энцефалопатии, снижения уровня альбуминов ниже 30 г/л, снижения протромбинового индекса ниже 82%. В 153 случаях препятствие располагалось в зоне слияния пузырного протока с общим желчным протоком. В 88 случаях препятствие оттоку желчи располагалось в дистальной части холедоха. Содержание прямого билирубина у этих больных было от 300 до 400 мкмоль/л. Они были доставлены в наш стационар до развития гепатаргии. Эндоскопическим методом удалось восстановить проходимость просвета гепатикохоледоха, и провести стентирование стенотического сегмента, что привело к выздоровлению и выписке больных через 6-8 суток. С целью предотвращения инкрустации дренажной трубки назначался постоянный прием препаратов дезоксихолевой кислоты (хенохол, хенофальк, урсосан). Все указанные пациенты находились под постоянным контролем в послеоперационном периоде. 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.

Выводы. Таким образом, причиной возникновения повреждений, рубцовых стриктур и наружных желчных свищей являются тактические и грубые технические ошибки при первичных операциях, чаще при холецистэктомии.

Методы эндобилиарного стентирования являются одним из основных методов коррекции ятрогенных повреждений ВЖП и НЖС. Они в определенном числе случаев предотвращают больных от тяжелых и порой неоднократных оперативных вмешательств.

REFERENCES

1. Алиев М.А., Арынов Н.М., Ахмедов Е.А. Повторные операции на желчных путях //Мат. X-Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ. - с. 39-46.
2. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Карагюлян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. - М. – 1982 – с. 240.
3. Ничитайло М.Е., Скумс А.В., Галочка И.П. Повреждение желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии //Анналы 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 //Анналы Хирургической гепатологии, - 2005. - №2. - С. 68.
5. Cameron J .W., Skinnek D.B., Luidema G.D. Long - term transepahatic intubation for hilar hepatic duct strictures //Ann surg. - 1996. - Vol. 183 - P 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/ - P. 247-251.