

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ ПРАВОГО ДОЛЕВОГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА У ПАЦИЕНТКИ 53 ЛЕТ*

Старков Ю.Г., Выборный М.И., Джантуханова С.В., Андрейцева О.И., Хон Е.И.
ФГБУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского» МЗ РФ (Москва, Россия)

ENDOSCOPIC SURGICAL TREATMENT OF INJURIES OF THE RIGHT LOBAR BILE DUCT IN A PATIENT OF 53 YEARS*

Starkov Y.G., Viborny M.I., Dzhantuhanova S.V., Andreytseva O.I., Hon E.I.
Fgbu "Institute of surgery. A.V. Vishnevsky" (Moscow, Russia)

Для цитирования: Старков Ю.Г., Выборный М.И., Джантуханова С.В., Андрейцева О.И., Хон Е.И. Эндоскопическое лечение хирургической травмы правого долевого желчного протока у пациентки 53 лет. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;152(4): 107–110.

For citation: Starkov Y.G., Viborny M.I., Dzhantuhanova S.V., Andreytseva O.I., Hon E.I. Endoscopic surgical treatment of injuries of the right lobar bile duct in a patient of 53 years. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2018;152(4): 107–110.

Старков Юрий Геннадьевич — д.м.н., профессор, заведующий хирургическим эндоскопическим отделением
Выборный Михаил Игоревич — к.м.н., научный сотрудник хирургического эндоскопического отделения
Джантуханова Седа Висадиевна — к.м.н., старший научный сотрудник хирургического эндоскопического отделения
Андрейцева Ольга Ивановна — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения хирургии печени и поджелудочной железы
Хон Екатерина Игоревна — врач-ординатор хирургического эндоскопического отделения

Выборный
Михаил Игоревич
Viborniy Mikhail I.
Viborniy@gmail.com

* Иллюстрации к статье – на цветной вклейке в журнал.

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal.

Резюме

Введение. Непреднамеренное повреждение желчных протоков ятогенного генеза было и остается одной из наиболее актуальных проблем в хирургии. Результаты оперативного лечения повреждений желчных протоков свидетельствуют о высокой частоте осложнений. С развитием эндоскопических чресспапиллярных технологий многие корректирующие вмешательства на холедохе стали выполняться ретроградным доступом.

Материал и методы. В апреле 2015 г. в отделение хирургии печени и поджелудочной железы ФГБУ "Институт хирургии им. А. В. Вишневского" МЗ РФ поступила пациентка 53х лет. В ГКБ 27.02.2015 г. выполнено хирургическое лечение в объеме лапароскопической холецистэктомии. Интраоперационно возникла травма правого долевого желчного протока (клипирование и пересечение) и выполнено дренажирование холедоха по Пиковскому-Холстеду. По данным МРПХГ правый долевой проток блокирован в зоне конфлюенса на уровне участка выпадения сигнала. 27.04.2015 г. пациентке было выполнено ЭРПХГ, атипичная ЭПСТ, фистулография через страховочный дренаж, баллонная дилатация культи и стентирование дистального отдела правого долевого желчного протока пластиковым стентом.

Результаты. За прошедшее время, до мая 2016 года, пациентке выполнено три рестентирования правого долевого желчного протока стентами большего диаметра (8,5 и 10 Fr). Последняя ЭРПХГ окончена удалением пластикового стента и контрольным контрастированием, при котором диаметр протока в области структуры составил 4 мм. Длительность наблюдения стойкого безрецидивного периода до настоящего времени — 1 год и 6 месяцев.

Заключение. Малоинвазивное эндоскопическое лечение ятогенной травмы долевых желчных протоков методом их этапного стентирования пластиковыми стентами является приоритетным перед «большими» реконструктивными хирургическими вмешательствами.

Ключевые слова: ЭРХПГ, эндоскопическое лечение, ятогенные структуры, посттравматические структуры, структуры желчных протоков, стентирование, пластиковые стенты, осложнения

Summary

Introduction. Iatrogenic bile duct injury continues to be one of the most important clinical problems in surgery. Due to the development of non-surgical ways of treatment, bile duct injury is mainly managed endoscopically.

Materials and methods. 53 y.o. female patient was admitted in April of 2015. According to the anamnesis — laparoscopic cholecystectomy in February 2015, complicated with the injury of the right hepatic duct (clipped and cut). MRCP- right hepatic duct is blocked by the confluence.

27.04.2015 ERCP, ERS, ballon dilatation of the stump and placement of the 7Fr stent in the right hepatic duct.

Results. Until May 2016 the patient had 3 restenting operations on the right hepatic duct with the bigger stent each time (8.5, 10 Fr). The last ERCP was finished with the removal of the plastic stent. During the contrast study the diameter of the duct in the structure area was 4 mm.

The patient is monitored with no relapse for 1 year and 6 months.

Conclusions. Minimally invasive endoscopic treatment of iatrogenic bile duct injuries with a step by step stenting is more preemptive than open reconstruction surgical procedures.

Key words: ERCP, endoscopic treatment, iatrogenic strictures, posttraumatic strictures, strictures of bile ducts, stenting, plastic stents, complications

Введение

Непреднамеренное повреждение желчных протоков ятрогенного генеза было и остается одной из наиболее актуальных проблем в хирургии и за-служивает внимания на протяжении всей истории хирургии ЖКБ [1,2]. По словам Э.И. Гальперина, повреждение внепеченочных желчных протоков (ВЖП) – наиболее тяжелое осложнение холецистэктомии, которое для многих больных становится началом длительной трагедии [1]. Частота повреждений желчных протоков при открытой холецистэктомии остается стабильной и составляет 0,05–0,2% [3, 4, 5, 6, 7, 8]. Широкое распространение лапароскопических вмешательств способствовало увеличению ятогенных повреждений в 2–10 раз, до уровня 0,08%–2,7% [4]. По мнению многих авторов [4,6,7,8] связано это с отсутствием мануальной ревизии и трехмерной визуализации, а наибольшая частота травм желчных протоков при лапароско-

тической холецистэктомии возникает в период освоения методики.

Результаты оперативного лечения повреждений желчных протоков свидетельствуют о высокой частоте осложнений (10–48%), летальности (3,2–28,2%) и неудовлетворительных отдаленных результатах (10–38%) [4, 8]. Рубцевание сформированных желчно-кишечных анастомозов наступает в 8,4–28,3% случаев [7, 9].

Таким образом, с развитием эндоскопических чресспапиллярных технологий многие корректирующие вмешательства на холедохе стали выполняться ретроградным доступом [10, 11]. Преимущества малоинвазивных вмешательств очевидны: отсутствует необходимость выполнения повторных полостных операций и применения дорогостоящих препаратов, сокращение пребывания больных в стационаре, повышение психоэмоционального комфорта больных и т.д.

Материал и методы

В апреле 2015 г. в отделение хирургии печени и поджелудочной железы ФГБУ “Институт хирургии им. А. В. Вишневского” МЗ РФ поступила пациентка 53х лет с жалобами на наличие двух дренажей в правом подреберье. Из анамнеза известно, что пациентка в течении 15ти лет болела ЖКБ, хроническим калькулезным холециститом. 24.02.2015 г. у пациентки после погрешности в диете возникло обострение хронического калькулезного холецистита, по поводу чего в ГКБ 27.02.2015 г. выполнено хирургическое лечение в объеме лапароскопической холецистэктомии. Интраоперационно, в связи с выраженным инфильтративными изменениями в области ложа желчного пузыря, возникла травма правого долевого желчного протока (клипирование и пересечение) и выполнено дренирование холедоха по Пиковскому-Холстеду, дренирование подпеченочного пространства. Послеоперационный период протекал без осложнений. Состояние пациентки оставалось стабильным. По страховочному дренажу за сутки поступало до 500 мл желчи. По дренажу холедоха – до 300 мл желчи. Пациентка была выписана в относительно удовлетворительном состоянии и 21.04.2015 г. госпитализирована в ФГБУ “Институт хирургии им. А. В. Вишневского” с целью проведения реконструктивного вмешательства на желчевыводящих

протоках. В институте хирургии пациентка обследована. По данным МРПХГ (рис. 1) Внутрипеченочные желчные протоки правой доли расширены. Сегментарные протоки правой доли расширены вплоть до субкапсулярных отделов, секторальные протоки правой доли не более 4,5 мм, правый долевой проток 7 мм, блокирован в зоне конфлюенса на уровне участка выпадения сигнала. Протоки левой доли нитевидные, левый долевой проток 2–3 мм. Общий печеночный проток в проксимальном отделе не визуализируется, в дистальном отделе 3 мм. Общий желчный проток не расширен, максимальный его диаметр 4,2 мм, прослеживается до зоны большого дуоденального сосочка.

Таким образом, пациентке установлен диагноз: посттравматическая стриктура (полное пересечение и клипирование) правого долевого желчного протока, билиарная гипертензия желчных протоков правой доли печени, с/п лапароскопической холецистэктомии, пересечения и клипирования правого долевого желчного протока, дренирования холедоха по Пиковскому-Холстеду от 27.02.2016 г. В связи с чем, 27.04.2015 г. пациентке было выполнено ЭРПХГ, атипичная ЭПСТ, фистулография через страховочный дренаж, баллонная дилатация культи и стентирование дистального отдела правого долевого желчного протока пластиковым стентом.

Ход вмешательства: под ЭТН пациентке выполнена дуоденоскопия. Постбульбарные отделы деформированы, слизистая их не изменена. Продольная складка и большой дуоденальный сосочек не изменены. Выполнена антеградная холангиография через холангиостому (рис. 2). При контрастировании визуализируется культуя правого долевого протока. Также отмечено контрастирование нерасширенных долевого и сегментарных протоков левой доли печени и общего желчного протока. В области культуры правого желчного протока визуализируются металлические скрепки. Далее проток не прослеживается.

В связи с техническими сложностями, которые возникают при эндоскопических вмешательствах данной категории больных (дислокация 12ПК

и большого дуоденального сосочка) в результате перенесенных вмешательств, с целью обеспечения доступа в желчные протоки и профилактики постоперационного панкреатита выполнена ранняя атипичная «торцевая» папиллотомия. Через страховочный дренаж введен контрастный препарат, получено контрастирование отсеченных дистальных сегментарных протоков правой доли (рис. 3).

Ретроградно с техническими трудностями через скрепки в правый долевой проток проведена струна-проводник, по струне проведен баллонный диллятор и выполнена диллятация. Талия баллона раскрыта до 5мм. После диллятации в правый долевой проток установлен пластиковый стент длиной 15 см и размером 7Fr. При контроле сброс желчи через просвет стента свободный (рис. 4).

Результаты

Продолжительность первичного хирургического эндоскопического вмешательства составила 73 минуты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Страховочный дренаж удален на вторые сутки после операции. Пациентка выписана на 5ые сутки после стентирования желчного протока. За прошедшее время, до мая 2016 года, пациентке помимо первичного эндоскопического лечения, выполнено два рестентирования правого долевого желчного протока стентами

большего диаметра (8,5 и 10 Fr). Последняя ЭР-ПХГ окончена удалением пластикового стента и контрольным контрастированием, при котором диаметр протока в области стриктуры составил 4 мм (рис. 5). В связи с чем дальнейшее рестентирование признано нецелесообразным, пациентка выписана, рекомендовано динамическое наблюдение. Длительность наблюдения стойкого безрецидивного периода до настоящего времени – 1 год и 6 месяцев.

Заключение

Малоинвазивное эндоскопическое лечение ятогенной травмы долевых желчных протоков методом их этапного стентирования пластиковыми стентами, в связи с меньшей послеоперационной летальностью, низким

риском развития тяжелых послеоперационных осложнений и значительно лучшим качеством жизни пациентов, является приоритетным перед «большими» реконструктивными хирургическими вмешательствами.

Литература | Reference

- Walsh R.M., Henderson J.M., Vogt D.P., Brown N. Long-term outcome of biliary reconstruction for bile duct injuries from laparoscopic cholecystectomy. // Surgery, 2007. 142(4): p. 450–6; discussion 456–7.
- Reuver P.R., Sprangers M. A., Rauws E. A. et al. Impact of bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy on quality of life: a longitudinal study after multidisciplinary treatment. // Endoscopy, 2008. 40(8): p. 637–43.
- Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Карагюлян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков.– М.: Медицина, 1982.– 240 с.
- Gal'perin E.I., Kuzovlev N. F., Karagyulyan S. R. Rubtsovyye striktury zhelchnykh protokov [Cicatricial stricture of the bile duct] Moscow, Medicine Publ., 1982. 240 p.
- Борисов А. Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей.– В двух томах.– СПб: Скифия, 2003.– 488 с.
- Borisov A. E. Rukovodstvo po khirurgii pecheni i zhelchevyvodyashchikh putey [Handbook of liver and biliary surgery]. St. Petersburg: Scythia, 2003. 488 p.
- Борисов А. Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей [Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей]. St. Petersburg: Scythia, 2003. 488 p.
- Милонов О.Б., Мовчун А.А. Восстановительные и реконструктивные операции на желчных протоках.
- Milonov O. B., Movchun A. A. Vosstanovitel'nyye i rekonstruktivnyye operatsii na zhelchnykh protokakh. Rekonstruktivnaya khirurgiya i transplantologiya organov [Restorative and reconstructive operations on the bile ducts. Reconstructive surgery and organ transplantation.] Mocsow, 1973. 115–116 p.
- Nechay A. I., Novikova K. V. Prichiny i predraspolagayushchiye obstoystatel'stva sluchaynykh povrezhdeniy zhelchnykh protokov pri kholoetsistoektomii i rezektii zheludka [Causes and predisposing circumstances of accidental bile duct damage in cholecystectomy and gastrectomy]. Vestnik khirurgii – Bulletin surgery, 1991, no.1, pp.15–21 (in Russian).
- Петровский Б.В., Милонов О.Б., Смирнов В.А. Реконструктивная хирургия при поражении внепеченочных желчных протоков.– М., 1980.– 304 с.

- Petrovskiy B. V., Milonov O. B., Smirnov V. A. Rekonstruktivnaya khirurgiya pri porazhenii vnepechenochnykh zhelchnykh protokov [Reconstructive surgery for lesion of extrahepatic bile ducts]. Moscow, 1980. 304 p.
8. Савельев В.С., Могучев В.М., Филимонов М.И. Повреждение магистральных желчных протоков при холецистоэктомии // Хирургия, 1971. – № 5. – С. 47–51. Savel'ev V.S., Moguchev V.M., Filimonov M.I. 1971. Damage to the main biliary ducts during cholecystectomy. Khirurgiya. [Surgery] 5: 47–51. (in Russian).
 9. Шалимов А.А. и соавт. Хирургия печени и желчных протоков.– Киев: Здоровье, 1975.– 407 с.
- Shalimov A. A. et al. Khirurgiya pecheni i zhelchnykh protokov [Surgery of the liver and bile ducts]. Kiev, Health Publ., 1975. 407 p.
10. Thompson C.M., Saad N.E., Quazi R.R. et al. Management of iatrogenic bile duct injuries: role of the interventional radiologist. // Radiographics, 2013. 33(1): p. 117–34.
 11. Adler DG, Papachristou GI, Taylor LJ, McVay T, Birch M, Francis G, Zabolotsky A, Jaique SN, Hayat U, Zhan T, Das R, Slivka A, Rabinovitz M, Munigala S, Siddiqui AA. Clinical outcomes in patients with bile leaks treated via ERCP: a large multicenter study. Gastrointest Endosc. 2016 Aug 26. pii: S0016-5107(16)30524-7.

К статье

Эндоскопическое лечение хирургической травмы правого долевого желчного протока у пациентки 53 лет (стр. 107–110)

To article

Endoscopic surgical treatment of injuries of the right lobar bile duct in a patient of 53 years (p. 107–110)

Рисунок 1.

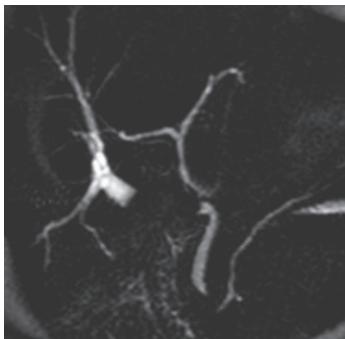


Figure 1.

Рисунок 2.

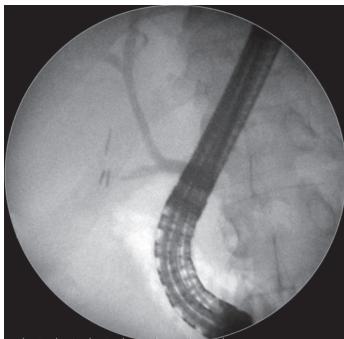


Figure 2.

Рисунок 3.

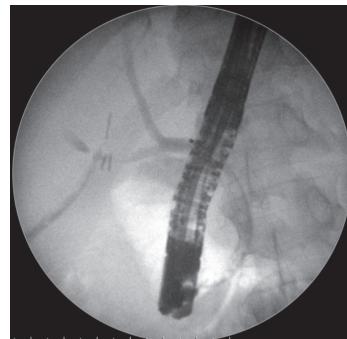


Figure 3.

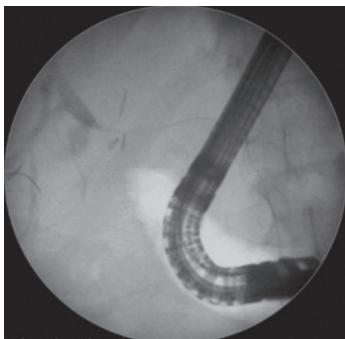
МРПХГ. Выпадение МР сигнала правого долевого желчного протока в области конфлюенса.
MRCP. Injury of the right lobar bile duct by the hilar

Эндоскопическая ретроградная холангиография. Культа правого долевого желчного протока.
ERCP. Stump of the right lobar bile duct.

Контрастирование через страховой дренаж. Контрастируется дистальный сегмент правого долевого желчного протока.

Contrast study through the drain, located in the subhepatic area. Contrast dye in the distal segment of the right lobar bile duct.

Рисунок 4.



Этапы стентирования правого долевого желчного протока пластиковым стентом

Figure 4.

Balloon dilatation of the stump and placement of the stent in the right lobar bile duct

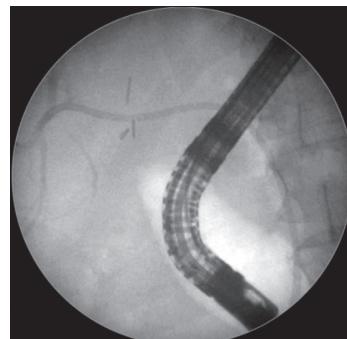
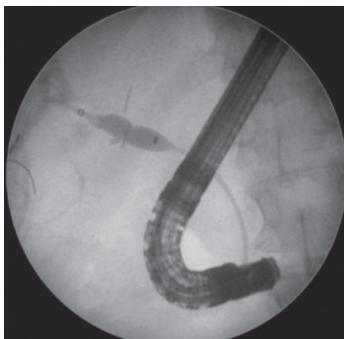


Рисунок 5.



Эндоскопическая ретроградная холангиография. Окончательный вид после эндоскопического лечения.

Figure 5.

ERCP. Results after treatment.