

© Коллектив авторов, 2010
УДК: 616.362/.367-007.253-089

К.М. Курбонов, Н.М. Даминова, Ф.И. Махмадов, Н.Э. Заркуа

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩАХ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — чл.-кор. АН РТ проф. К.М. Курбонов) Таджикского государственного медицинского университета

Ключевые слова: наружные желчные свищи, посттравматические рубцовые стриктуры, гепатикоеноанастомоз, резидуальный холедохолитиаз.

Введение. В связи с внедрением в клиническую практику современных достижений медицинских технологий в значительной степени улучшились диагностика и лечение заболеваний печени и желчных протоков [1, 3, 4]. Вместе с тем, как не парадоксально наблюдается тенденция к увеличению частоты послеоперационных осложнений, среди которых наиболее трагичным для больного и врача являются наружные свищи желчных протоков (СЖП). Наружные желчные свищи в литературе описываются различными названиями (ахолическое состояние, «желчеистечение», ахолическая болезнь, свищевая болезнь, биохимическое истечение, дефицит желчи и т.д.), считается, что данное состояние является как бы обязательным логическим завершением любой потери желчи [2, 5–7]. Существование стойкого СЖП должно рассматриваться как симптом основного заболевания печени, желчных путей и поджелудочной железы, что зачастую свидетельствует об органических нарушениях оттока желчи по естественному пути. В этой связи, наряду с «борьбой с образовавшимся наружным желчным свищом», важное значение приобретает проблема радикальной коррекции основной причины, способствующей развитию наружного желчного свища путем восстановления магистрального желчеоттока [1, 4, 6].

Цель исследования — улучшение результатов хирургического лечения наружных желчных свищей.

Материал и методы. За последние 20 лет в клинике оперированы 68 пациентов с СЖП. Мужчин было 28 (41,2%), женщин — 40 (58,8%). Возраст пациентов — от 28 до 84 лет. Из 68 больных у 66 наружные СЖП возникли после оперативных вмешательств на печени, желчных протоках, поджелудочной железе и двенадцатиперстной кишке. Лишь у 2 пациентов имели место спонтанные желчные свищи. Анализ результатов исследования показал, что наружные СЖП развиваются после различных по характеру и объему оперативных вмешательств, выполненных по поводу заболеваний органов гепатобилиарной системы, вследствие тактических и технических врачебных ошибок (табл. 1).

Для диагностики наружных СЖП, наряду с клинической симптоматикой, пациентам проводили клинко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая рентгенологическое, эндоскопическое, а также фистулохолангиографию, УЗИ, МРТ, КТ и эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ).

Результаты и обсуждение. Среди причин развития наружных СЖП превалировала патология внепеченочных желчных протоков, однако во всех наблюдениях, помимо особенностей оперативного вмешательства, важным условием явился характер местных патоморфологических изменений (табл. 2)

Следует отметить, что спонтанные желчные свищи, признаваемые казуистически редкими, были установлены у 3 пациентов при перфорации в брюшную стенку желчного пузыря, вследствие длительного существования калькулезного холецистита. Наиболее часто (у 39 больных) наружные желчные свищи образовались вследствие резидуального холедохолитиаза (у 21), посттравматических стриктур желчных протоков (у 15), после традиционных (у 24), видеолaparоскопических холецистэктомий (у 12). Важным условием эффективности верификации резидуального холедохолитиаза и посттравматических стриктур желчных протоков, как причин развития желчных свищей, было включение в диагностический протокол, помимо УЗИ, таких лучевых методов, как МРТ, КТ, а также ЭРПХГ, информативность которой составила 98%, а также фистулохолангиографии. Всех пациентов с наружными желчными свищами, развившимися в результате послеоперационных рубцовых стриктур (у 15 пациентов), распределяли согласно классификации Э.И. Гальперина и соавт. [2]. Так, у 5 пациентов имела место стриктура типа «+2», у 3 — типа «+1», у 4 — типа «0» и еще у 3 — типа «-2». МРТ и КТ в сочетании с УЗИ оказались высокоинформативными методами исследования для диагностики наружных желчных свищей, исходящих из остаточных полостей после эхиноккокэктомии (у 13 больных), паренхимы печени после перицистэктомии (у 8) и атипичной резекции печени (у 5).

Таблица 1

Характер заболеваний и оперативных вмешательств, после которых развились наружные СЖП

Характер заболеваний	Название операции	Абс. число	%
Острый калькулезный холецистит, механическая желтуха	Холецистэктомия с холедохолитотомией	13	19,1
Желчекаменная болезнь (ЖКБ), холедохолитиаз	Холецистэктомия с холедоходуоденостомией	9	13,2
ЖКБ, индуративный панкреатит	Видеолапароскопическая холецистэктомия	7	10,3
Хронический калькулезный холецистит	Видеолапароскопическая холецистэктомия	5	7,4
Хронический калькулезный холецистит, осложненный спонтанным желчным свищом		3	4,4
Эхинококкоз печени	Эхинококкэктомия,	13	19,1
	перицистэктомия,	8	11,8
	атипичная резекция печени	5	7,4
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	Резекция желудка по Гофмейстеру—Финстереру	3	4,4
Острый геморрагический панкреонекроз	Холецистостомия, санация и дренирование забрюшинного пространства и брюшной полости	2	2,9
Всего		68	100

Таблица 2

Причины развития наружных СЖП

Причины	Абс. число	%
Резидуальный холедохолитиаз	21	30,9
Посттравматические стриктуры желчных протоков	15	22,1
Папиллостеноз III степени	4	5,9
Незажившая холецистостома	2	2,9
Недиагностированный и негерметично ушитый желчный свищ после эхинококкэктомии	13	19,1
Негерметично ушитая паренхима печени после резекции печени и перицистэктомии	8	11,8
Секвестрация печени	5	7,3
Всего	68	100

Объем и характер оперативных вмешательств по поводу наружных СЖП зависели, прежде всего, от причин их развития, уровня поражения желчных протоков (высокие, низкие), а также протяженности стриктуры, наличия затеков и полостей, общего состояния больных и сопутствующих заболеваний (табл. 3).

При наличии наружного желчного свища, обусловленного резидуальным холедохолитиазом, в 13 наблюдениях эффективно применялась ЭПСТ с литоэкстракцией. Данное вмешательство выполнено еще у 6 больных, для коррекции папиллостеноза — у 4, а также с целью транспапиллярного растворения крупного конкремента общего желчного протока — у 2 после ЭПСТ с назобилиарным дренированием. В послеоперационном периоде в 3 наблюдениях отмечали послеоперационный панкреатит средней тяжести с 1 летальным исходом, причиной которого явился острый инфаркт миокарда.

Операции, предпринимаемые с целью ликвидации наружных СЖП, связаны с большими техническими трудностями и не всегда удается сразу ликвидировать их. При повторных реконструктивно-восстановительных вмешательствах на желчных протоках необходимо применять достаточно широкий доступ. Вскрытие брюшной полости в стороне от свища более безопасно и дает возможность сохранить асептику с самого начала операции. Во время операции старались по возможности сразу не разрушать свищевой ход, по которому возможно было легче подойти к протокам. Периодическое зондирование свища металлическим зондом, который прощупывается в рубцовых тканях, позволяет легко подойти к желчному протоку. Тем не менее, из-за спаек, сращений и воспалительных инфильтратов ориентироваться в операционной ране у 19 паци-

ентов было крайне трудно, и в этих ситуациях для безопасного выделения желчных протоков придерживались рекомендаций Э.И.Гальперина и соавт. [2, 4]. Решающее значение в диагностике и выборе объема оперативного вмешательства имеют интраоперационное УЗИ, выполненное в 12 наблюдениях, а также пункционная интраоперационная холангиография и холангиоскопия. В последующем поэтапно рассекали переднюю стенку свищевых каналов, образованных грануляционной и соединительной тканями, вдоль дренажа или введенного металлического зонда, вплоть до достижения места соединения свища с протоком. Важное значение придавали эффективному иссечению рубцово-измененных тканей желчных протоков с целью формирования желчно-кишечного анастомоза на здоровых тканях протока.

Таблица 3

Хирургическая тактика при лечении наружных СЖП

Способ лечения	Число больных	%	Осложнения (летальность)
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ)	4	5,9	–
ЭПСТ с литоэкстракцией	13	19,1	2 (1)
Холедоходуоденостомия по Юрашу—Виноградову	6	8,8	–
ЭПСТ с назобилиарным дренированием	2	2,9	–
Традиционная холецистэктомия	2	2,9	–
У-образная гепатикоюностомия	8	11,8	3 (1)
Гепатикоюностомия по Goetz—Saypol—Kurian	4	5,9	1
Надворотная резекция IV сегмента печени с формированием гепатикоюноанастомоза	1	1,3	–
Чресфистульная медикаментозная санация и склерооблитерация желчного свища в остаточной полости	11	16,2	–
Атипичная резекция печени	10	14,8	3 (1)
Секвестрэктомия с ушиванием желчного свища и тампонады культи печени большим сальником	5	7,5	2
Ушивание свища печени с тампонадой большим сальником	2	2,9	–
Всего	68		11 (3)

Для лечения спонтанного наружного желчного свища (у 2 больных) выполняли холецистэктомию. В 6 наблюдениях при наличии наружного желчного свища, обусловленного множественным литиазом и стенозом большого дуоденального сосочка, у пациентов пожилого и старческого возраста ограничивались холедохолитотомией с формированием холедоходуоденоанастомоза по Юрашу—Виноградову. Осложнений и летальных исходов не наблюдали.

Значительные трудности для лечения представляли пациенты с наружными свищами желчных протоков, развившимися вследствие посттравматических стриктур. Сложности у этого контингента больных были связаны с высокой степенью холемической интоксикации, развившейся в результате рубцовой стриктуры в основном проксимальных желчных протоков, восстановление проходимости которых эндоскопически было невозможным, а оперативное лечение было сопряжено с повышенным риском. В связи с этим применена этапная тактика: на первом этапе в 3 наблюдениях проведена неоперативная санация желчных протоков путем выполнения чрескожного чреспеченочного дренирования с установкой каркасного дренажа и билиарного стента. Другим неоперативным методом декомпрессии и санации желчных протоков у 5 пациентов при стриктуре дистального отдела общего желчного протока являлось ретроградное эндоскопическое билиарное стентирование с установкой нитинового стента. Эндоскопическое билиарное стентирование применяли в тех ситуациях, когда другими методами эндоскопической декомпрессии и санации желчных протоков (ЭПСТ, баллонная дилатация большого дуоденального

сосочка двенадцатиперстной кишки, механическая литотрипсия и литэкстракция) не удавалось восстановить стабильный и адекватный отток желчи в двенадцатиперстную кишку.

Опыт наблюдения за 15 пациентами с посттравматическими стриктурами желчных протоков, осложненными наружными желчными свищами, свидетельствовал об особой сложности тактических и оперативно-технических трудностей при выполнении операции. Следует при этом подчеркнуть, что возникновение стойкого наружного желчного свища обычно сопровождается рубцовую непроходимость гепатикохоледоха. В этих случаях диаметр дистального отдела протока, как правило, гораздо меньше, чем проксимального, а у 8 пациентов наступала полная облитерация протока ниже уровня стриктуры. При рубцовой стриктуре типа «+2» (у 5 больных) и типа «+1» у 3 выполняли гепатикоюноанастомоз на изолированной петле по Ру. Во время формирования анастомозов по возможности иссекали рубцово-измененные ткани, сопоставляя слизистые оболочки желчного протока и кишечника. Формировали широкий анастомоз без натяжения с использованием прецизионного однорядного узлового шва, узелками наружу без захвата слизистых оболочек [4, 5]. В 4 наблюдениях при неудаляемой рубцовой стриктуре типа «О» и рестенозе (у 2) гепатикоюноанастомоз формировали на каркасе по методике Goetz—Saypol—Kurian. Наличие наружного желчного свища, обусловленного рубцовой стриктурой типа «–2», наблюдавшихся у 3 пациентов, являлось показанием для самого тяжелого и сложного для лечения метода оперативного вмешательства. Так, 2 пациентам при полном разрушении левого печеночного протока с

разобщением сегментарных протоков левой доли печени выполнили левостороннюю гемигепатэктомию [1]. Еще 1 больному с рубцовой стриктурой типа «-2» после резекции надворотной части IV сегмента печени и иссечения рубцовых тканей с печеночного протока эффективно формировали единый билобарный бескаркасный гепатикоеноанастомоз [4]. В послеоперационном периоде наблюдали 4 осложнения в виде желчеистечения (у 2) и биломы (у 2). Летальный исход имел место в одном наблюдении, причиной которого явился послеоперационный желчный перитонит.

Особую группу составили 26 больных с наружными желчными свищами из внутрипеченочных желчных протоков. Тактика их лечения определялась, прежде всего, состоянием внепеченочного желчного дерева и паренхимы печени. При отсутствии препятствий магистральному оттоку желчи и локализации процесса в одной доле печени в 11 наблюдениях эффективно добились заживления наружных желчных свищей путем санации свищевого хода и сообщающихся с ним полостей печени антисептиками и склерозантами.

Гораздо более трудной задачей являлось лечение наружных желчных свищей, связанных с локализуемой во внутрипеченочных желчных протоках остаточной полостью печени, особенно множественных, открывающихся в большинстве случаев сперва в брюшную полость с последующей эвакуацией через брюшную стенку. Так, в 15 наблюдениях для ликвидации наружного желчного свища, исходящего из внутрипеченочных желчных протоков после эхинококкэктомии, прибегали к атипичной резекции печени, дренированию общего желчного протока и брюшной полости. Еще 7 пациентам при наличии секвестрации печени (у 5) и наружного желчного свища, исходящего из культи печени (у 2), выполняли секвестрэктомию и ушивание свища культи печени с тампонадой большим сальником. Послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения наблюдали у 5 больных с 1 летальным исходом.

В целом, после выполнения различных по характеру и объему оперативных вмешательств по поводу наружных СЖП в послеоперационном периоде развились 11 (16,2%) осложнений с 3 (4,4%) летальными исходами. Тщательное соблюдение техники операции на печени и желчных протоках с применением современных диагностических и лечебных аппаратов в значительной степени снижают частоту развития наружных желчных свищей.

Выводы. 1. Основной причиной развития наружных СЖП после различных оперативных вмешательств по поводу заболеваний органов гепатобилиарной системы являются тактические и технические ошибки.

2. Приоритет хирургической тактики при лечении больных с наружными СЖП должен

отдаваться дифференцированному этапному применению навигационных, эндоскопических, чрескожных эндобилиарных вмешательств, направленных на максимально быструю и эффективную декомпрессию и билиарного тракта, купирование явлений холангита, верификацию и устранение причин билиарной обструкции. В большинстве случаев такая тактика — адекватно подготовить больного к оперативному вмешательству, в ряде случаев — исключить необходимость операции.

3. При наружных желчных свищах, развившихся вследствие резидуального холедохолитиаза, папиллостеноза, эффективным методом лечения является ЭПСТ с литоэкстракцией, а при желчных свищах, исходящих из остаточных полостей печени, рациональным считается санация свищевого хода и остаточной полости антисептиками в сочетании со склерозирующими средствами.

4. При множественных наружных желчных свищах, исходящих из паренхимы печени и остаточных полостей, осложненными гнойными затеками, операцией выбора является атипичная резекция печени и секвестрэктомия с ушиванием свищевого хода.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Вишневский В.А., Назаренко Н.А., Икромов Р.З., Ефанов М.Р. Резекция печени в лечении посттравматических рубцовых стриктур желчных протоков // *Ann. хир. гепа-тол.*—2000.—№ 3.—С. 113–114.
2. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей.—М.: Видар-М., 2006.—568 с.
3. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Чевокин А.Ю., Гармаев Б.Г. Основные проблемы хирургического лечения высоких рубцовых стриктур печеночных протоков // *Ann. хир.*—2008.—№ 3.—С. 114–115.
4. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф. Узловые вопросы хирургии общего желчного и печеночного протока при повторных и реконструктивных операциях // *Хирургия.*—1976.—№ 11.—С. 57–60.
5. Попов А.Н., Измайлов С.Г., Измайлов Г.А. Синдром ахолии в хирургии желчных путей.—Казань: изд. Казанск. ун-та, 2003.—193 с.
6. Couma D.J., Coelho J.C., Fisher J.D. Endotoxemia after relief of biliary obstruction by internal and external drainage in rats // *Amer. J. Surg.*—1986.—Vol. 151, № 4.—P. 476–479.
7. Kell R., Enajdaut J., Etui J. Operative therapy of the posttraumatic biliary in adolescents // *Eur. J. Radiat. Surg.*—2001.—Vol. 11.—P. 274–276.

Поступила в редакцию 24.02.2010 г.

K.M.Kurbonov, N.M.Daminova, F.I.Makhmadov,
N.E.Zarkua

SURGICAL STRATEGY FOR EXTERNAL BILIARY FISTULAS

The authors have analyzed results of the diagnostics and treatment of 68 patients with external biliary fistulas developed after operative procedures on the liver, bile ducts and duodenum. The character of operative interventions was established to depend, first of all, on the causes of the development of biliary fistula. After different surgical procedures in the postoperative period there were 16.2% of complications with 4.4% of lethal outcomes.