Сидоренко А.Б.**Реконструктивная хирургия на внепеченочных желчных протоках***ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ)**(Россия, Москва)**doi 10.18411/scc-30-09-2017-23**idsp 000001:scc-30-09-2017-23*

Лечение больных с ятрогенными повреждениями и рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков (ВЖП) остается не только актуальной медицинской, но и серьезной социально-экономической проблемой. Наряду с увеличением длительности госпитализации и стоимости лечения, данные осложнения являются основными причинами ухудшения качества жизни, инвалидизации и летальных исходов.

В настоящее время основным способом коррекции ятрогенных повреждений ВЖП является проведение реконструктивной операции в объеме гепатикоеюностомии на отключенной по Ру петле тонкой кишки. Однако выполнение реконструктивных вмешательств даже в специализированных центрах гепатобилиарной хирургии сопровождается значительным числом ранних послеоперационных осложнений, достигающих 42,9%, послеоперационной летальностью на уровне 1,7 – 5,6%, а в 20 - 30% случаев рубцеванием билиодигестивного соустья. Развитие на фоне рубцовой непроходимости желчных протоков и билиодигестивных анастомозов механической желтухи, хронического холангита приводит к формированию фиброзных изменений, развитию вторичного билиарного цирроза печени и портальной гипертензии [2, 7, 9].

Коррекции развившихся осложнений посредством традиционных хирургических вмешательств сопряжено не только с серьезными техническими проблемами, обусловленными выраженными рубцово-склеротическими и воспалительными изменениями в зоне ворот печени, но и высоким риском развития интра- и послеоперационных осложнений.

С целью оценки функционирования билиодигестивных анастомозов (БДА) используются следующие инструментальные методы: УЗИ, фистулография (в случае наличия транспеченочного дренажа), ЭРХПГ, чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), МСКТ, МРТ с МРХПГ. Многие зарубежные авторы в последнее время стали высказывать мнение о неадекватности интерпретации данных при МРХПГ [8, 10]. Это связано с тем, что при контрастировании наблюдается перерастяжение желчного дерева, что «смазывает» реальную картину, а в случае сформированного билиодигестивного анастомоза полностью искажается анатомия желчных протоков, что не позволяет определить уровень стриктуры. В исследовании J.Ward et al. на примере проведения МРХПГ у 90 пациентов отмечался высокий процент ложноположительных результатов [10].

Наибольшей информативностью для определения уровня окклюзии и состояния желчного дерева обладают методы прямого рентгеновского контрастирования: фистулография через транспеченочные дренажи и ЧЧХГ. Однако в последние годы использование транспеченочного каркасного дренажа ставится под большой вопрос. В настоящее время большинство исследователей в билиарной хирургии редко используют транспеченочное каркасное дренирование в связи с наличием специфических осложнений – биломы, желчные затеки, гемобилия, синдром недренированного сегмента или доли, холангиогенные абсцессы печени, а также длительное пребывание дренажа вызывает избыточное разрастание соединительной ткани, поддерживает воспалительный процесс в желчных протоках [3].

С развитием и внедрением эндоскопических методов возможности диагностики и лечения стриктур билиодигестивных анастомозов значительно возросли. Повысился

интерес к малоинвазивным вмешательствам для ликвидации возникших осложнений у пациентов после реконструктивных операций на желчных протоках. Существует метод, при котором операцию формирования билиодигестивного анастомоза завершают подкожным выведением пристеночной еюностомы петли тощей кишки, выключенной по Ру, что позволяет в послеоперационном периоде проводить эндоскопический контроль и лечение.

Суть метода в том, что при первичной операции по поводу ятрогенных повреждений или стриктур гепатохоледоха накладывают БДА с выключенной по Ру петлей тощей кишки длиной 80 см. Слепой конец около 15 см используют для выведения дренажа: каркасного, или просто для декомпрессии зоны анастомоза. При развитии поздних осложнений (холедитиаз, стриктура билиодигестивного соустья) в области рубца, где выводились дренажи, делают разрез длиной 3-4 см, между двумя держалками вскрывают слепой конец, выключенной по Ру петли тощей кишки, в просвет вводят эндоскоп, через который можно выполнять необходимые манипуляции. Однако данный метод лечения проводится под наркозом в условиях операционной. Больному наносится травма, требующая соответствующей послеоперационной реабилитации [4].

Другим современным методом является двухбаллонная энтероскопия с осмотром зоны билиодигестивного анастомоза и манипуляциями в этой зоне. Принцип метода состоит в последовательном проведении энтероскопа путем «нанизывания» за счет периодического раздувания и перемещения относительно друг друга двух баллонов через пищевод, желудок, двенадцатиперстную кишку, начальный отдел тощей кишки, а далее через межкишечное соустье по Брауну либо энтеро-энтероанастомоз «конец в бок» в петлю тощей кишки по Ру, на которой сформирован гепатикоеюноанастомоз; визуальный осмотр последнего, его канюлирование с целью контрастирования внутривнутрипеченочных желчных протоков.

Данный метод является перспективным, однако сопряжен со следующими трудностями: наличие оборудования и высококвалифицированных специалистов, длительность процедуры достигает 120 мин, эффективность метода при формировании БДА с межкишечным анастомозом по Брауну достигает 100%, при формировании БДА на выключенной по Ру кишке – 44 % [1, 6].

В отделении абдоминальной хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского разработан способ лечения заболеваний и травматических повреждений внепеченочных желчных протоков, который позволяет осуществлять необходимые малоинвазивные вмешательства (баллонную дилатацию, санацию протоков, стентирование, замену эндопротезов) эндоскопическим способом, через сформированный гастроэнтероанастомоз. На данный метод получен патент на изобретение №2472456 от 20.01.2013 г. «Способ лечения заболеваний и травматических повреждений внепеченочных желчных протоков» [5].

При операции по поводу ятрогенного повреждения накладывается билиодигестивный анастомоз на внутреннем дренаже (Y-образном) на отключенной по Ру петле или на длинной петле с Брауновским. Одновременно накладывается гастроеюноанастомоз со слепым концом тонкой кишки или с приводящей петлей тонкой кишки. Дистальный конец внутреннего дренажа выводится в полость желудка через отверстие гастроэнтероанастомоза. По разработанной нами методике оперировано 25 больных. Все пациенты в сроки от 3 до 6 месяцев после выполненной реконструктивной операции повторно госпитализировались в отделение. Производилась фиброгастроскопия с осмотром зоны гастроэнтероанастомоза и удалением Y-образного дренажа. После удаления внутреннего дренажа осматривалась зона билиодигестивного анастомоза, оценка его состояния. Успех данной манипуляции отмечен в 22 случаях (88%). В 3 случаях удаление Y-образного дренажа и осмотр билиодигестивного не произведено в связи с рубцеванием гастроэнтероанастомоза (на

этапе освоения методики каркасный дренаж не выводился в просвет желудка). Этим пациентам потребовалось выполнение оперативного вмешательства в объеме лапаротомии, энтеротомии и удалении внутреннего дренажа. Послеоперационный период протекал без осложнений.

В настоящее время проводятся периодические осмотры с контролем лабораторных анализов и эндоскопический осмотр БДА. У 6 пациентов (24%) в сроки от 1 до 6 лет после реконструктивной операции отмечено формирование рубцовой стриктуры БДА. Больные госпитализировались в отделение абдоминальной хирургии с жалобами на периодическое повышение температуры тела до 38С, появление субиктеричности склер и желтушность кожи.

Во всех случаях достигнут успех эндоскопической коррекции. 2 пациентам проведены сеансы баллонной дилатации, введение в область стриктуры лонгидазы. При контрольном эндоскопическом осмотре диаметр билиодигестивного анастомоза расширен до 0,8 - 1,0 см. У 2 пациентов диагностирована лигатура в области БДА, холелитиаз. После эндоскопического удаления лигатур выполнена санация желчных протоков. Диаметр билиодигестивных анастомозов около 1 см. 2 пациентам выполнено эндоскопическое стентирование билиодигестивного анастомоза на фоне его рубцевания. В настоящее время продолжается внутреннее дренирование, плановые замены стентов.

У всех пациентов после эндоскопической коррекции признаки холангита разрешились, нормализовались лабораторные анализы. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения показывает высокую эффективность эндоскопической коррекции рубцовых стриктур билиодигестивных анастомозов. В связи с этим данный метод можно расценивать как альтернативу традиционным хирургическим методам лечения послеоперационных рубцовых стриктур.

1. Воробей А.В. Возможности двухбаллонной энтероскопии. Возможности двухбаллонной энтероскопии в диагностике стриктур в диагностике стриктур гепатикоеноанастомоза /А.В. Воробей, Е.И. Вижинис, Ю.Н. Орловский, Н.А. Лагодич, Н.В. Деркачева // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2011. – Т. 16, № 1. – С. 53-57.
2. Гальперин Э.И. Причины развития, диагностика и хирургическое лечение стриктур долевых и сегментарных печеночных протоков / Э.И.Гальперин, Т.Г.Дюжев, А.Ю.Чевокин, Б.Г.Гармаев // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова* - 2005. – Т. 8. – С. 64-70.
3. Орловский Ю.Н. Диагностика и лечение повреждений желчных протоков и осложнений их первичной коррекции / Ю.Н. Орловский // *Новости хирургии* – 2010. – 5 – Т. 18. – С. 144-159.
4. Раздрогоин В.А. Эндоскопическая коррекция непроходимости билиодигестивного анастомоза / В.А. Раздрогоин, Н.В. Герасимовский, В.И. Соколов, С.А. Аносенко // *Анналы хирургической гепатологии* – 2009. – Т. 1. – С. 106.
5. Филижанко В.Н. Способ реконструктивно-восстановительной операции на внепеченочных желчных протоках с формированием доступа для малоинвазивных вмешательств / В.Н.Филижанко, А.И.Лобаков, А.Б.Сидоренко // *Альманах клинической медицины*. – 2014, № 33. – С. 77-80.
6. Aabakken L. Double balloon enteroscopy for endoscopic retrograde cholangiography in patients with a Roux en Y anastomosis /L. Aabakken, M. Bretthauer, P.D. Line // *Endosc.* - 2007. - V. 39. N 12. - P. 1068–1071.
7. Johnson S.R. Long-term results of surgical repair of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy / S.R.Johnson, A.Koehler, L.K.Pennington et al. // *Journal Surgery*. – 2000. Vol. 128. P. 668-677.
8. Persson A. Three-dimensional drip infusion CT cholangiography in patients with suspected obstructive biliary disease: a retrospective analysis of feasibility and adverse reaction to contrast material / A. Persson et al. // *BMC Medical Imaging*. – 2006. – Vol. 6. – P. 1-5.
9. Sicklick J.K. Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy /J.K.Sicklick, M.S.Camp, K.D.Lillemoe et al. // *Ann. Surg.* – 2005. Vol. 241. – P. 786–795.
10. Ward J. Bile duct strictures after hepatobiliary surgery: assessment with MR cholangiography / J. Ward et al. // *Radiology*. – 2004. – Vol. 231, N 1. – P. 101-108.