

УДК: 61.617

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ



Акбаров Миршавкат Миролимович, Исматуллаев Зафар Улугмуратович
Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЎТ ЙЎЛЛАРИ СТРИКТУРАЛАРИ ВА ЯТРОГЕН ЖАРОҲАТЛАРИДА РЕКОНСТРУКТИВ АМАЛЁТЛАРНИНГ НАТИЖАЛАРИ

Акбаров Миршавкат Миролимович, Исматуллаев Зафар Улугмуратович
Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

RESULTS OF RECONSTRUCTIVE INTERVENTIONS FOR IATROGENIC DAMAGES AND BILE DUCTS STRICTURES

Akbarov Mirshavkat Mirolimovich, Ismatullaev Zafar Ulugmuratovich
Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: mma1963@mail.ru, Zafarismatullaev@mail.ru

Резюме. Ятроген шикастланишлар ва ўт йўлларидаги стриктураларида бажариладиган реконструктив амалиётлар натижалари ёритилган. Гепатобилиар жарроҳликда замонавий технологияларни жадал ривожлантириш шароитида ушбу муаммонинг асосий устувор жиҳатлари қайд этилган. Турли хил этиологияли ўт йўлларидаги яхши сифатли стриктураларини даволашнинг турли усуллари (жарроҳлик, перкутан ва эндоскопик стентлаш)нинг узоқ муддатли натижаларини таққослаш бўйича юқоридаги мета-таҳлиллар босқичли қўрилган ва эндоскопик даволаш самарадорлиги 50-90% ни таъкид этишни кўрсатди.

Калит сўзлар: ўт тош касаллиги, асоратлар, ўт йўлларидаги стриктуралари, гепатобилиар жарроҳлик.

Abstract. The results of reconstructive interventions for iatrogenic injuries and strictures of the bile ducts are covered. The main priority aspects of this problem are noted in the context of intensive development of modern technologies in hepatobiliary surgery. The above meta-analyses comparing the long-term results of various treatment methods (surgical, percutaneous and endoscopic stenting) for benign bile duct strictures of various etiologies have shown that the effectiveness of staged combined percutaneous and endoscopic treatment is 50-90%.

Key words: cholelithiasis, complications, bile duct strictures, hepatobiliary surgery.

На современном этапе общая хирургия вмешательств при желчнокаменной болезни (ЖКБ) и на внепеченочных желчных протоках отмечена значительными достижениями [19].

По данным ВОЗ, среди всех заболеваний билиарной системы на долю ЖКБ приходится 50-65%, а в мире каждый год выполняется более 1 млн холецистэктомий [19].

Наиболее тяжелым осложнением первичных операций при ЖКБ является повреждение внепеченочных желчных протоков, которое в отдаленном периоде приводит к значительным послеоперационным последствиям с точки зрения заболеваемости, смертности и качества жизни (КЖ) в долгосрочной перспективе [1-3,6,7,9,10,12-14,16].

Как известно, длительное наблюдение и отдаленные результаты являются основными составляющими оценки успеха хирургического лечения повреждений желчных протоков. С этой точки зрения интерес представляют исследования А. Abdel Rafee и соавт. [4], проведенные в гастроэнтерологическом центре Mansoura (Египет) у 120 пациентов с постхолецистэктомическим повреждением желчных протоков, которые наблюдались в течение 20 лет после гепатикоюноанастомоза по Ру, с оценкой их отдаленных исходов и КЖ.

Медиана периода наблюдения составила 149 месяцев (70-246 месяцев). Хороший отдаленный результат отмечался у 106 (88,3%) пациентов, а у 35 (29%) больных после операции возникли различные осложнения. Так, у 14 (11,6%) пациентов в разные сроки наблюдения до 17 лет

развилась стриктура анастомоза; у 17 (14,2%) отмечались рецидивирующие эпизоды холангита с медианой интервала 48 месяцев (диапазон 2-156 месяцев). Предикторами неблагоприятного исхода были панкреатит после ЭРХПГ, количество анастомозов, время операции, послеоперационные ранние осложнения и послеоперационное желчеистечение. При этом физический компонент КЖ страдал сильнее, чем психологический [4].

Ф.М. Dimou и соавт. [11] оценили результаты у 3374 пациентов после наложения гепатикоюноанастомоза (ГепЕА) (1833; 54,33%) или холедохоюноанастомоза (ХЕА) (1541; 45,67%). Двухлетняя выживаемость составила 57,0%. Стриктура билиодигестивного анастомоза (БДА) развилась у 403 (11,9%) больных. За 2 года кумулятивная частота стриктур составила 12,5%. Среднее время до постановки диагноза стриктуры составило $16,8 \pm 21,6$ месяца (медиана = 8,5 месяца). Развившийся холангит, потребовавший госпитализации, отмечался у 94 (23%) пациентов со стриктурой, из них у 18 (4,5%) выполнена повторная операция. Младший возраст (ОР 0,98; 95% ДИ 0,98-0,99) ассоциировался с меньшей вероятностью образования стриктур; риск образования стриктур повышался при наличии эндостента (ОР 1,66; 95% ДИ 1,35-2,04).

Авторы [11] также отмечают, что статистически значимой разницы в развитии стриктур у тех, кто перенес ГепЕА и ХЕА, не было (12,5% против 11,5%; $p=0,40$). Интересно, что у пациентов с симптомами желтухи во время операции вероятность развития стриктуры была ниже, чем у пациентов без таких симптомов (46,6% против 53,4%; $p<0,0001$).

К.А.С. Voouj и соавт. [8] оценили результаты лечения у 281 пациента, перенесшего гепатикоэнтероанастомоз (ГепЭА) по поводу повреждения желчных протоков в 1991-2016 гг. Осложнения III степени согласно классификации Клавьепа – Диндо возникли у 31 (11%) пациента, а 90-дневная смерть наступила у 2 (0,7%). При медиане наблюдения 10,5 лет клинически значимые стриктуры были обнаружены у 37 (13,2%) обследованных. У 33 (89,2%) больных стриктуры были устранены чрескожной дилатацией, 4 (1,4%) были оперированы повторно. Частота стриктур у пациентов, перенесших ГЭА, меньше чем через 14 дней, в течение 14-90 дней и спустя 90 дней после повреждения желчных протоков, составила соответственно 15,8, 18,7 и 9,9%.

Н. Ahmad и соавт. [5] при проведении ретроспективного когортного исследования оценивали краткосрочную (90-дневную) и отдаленную заболеваемость и смертность у 81 пациента после ГепЕА по Ру и резекции печени по поводу повреждения желчных протоков. У 42 (48,2%) пациентов имелась стриктура БДА Е3 или Е4, у 27 (31%)

отмечалось сочетанное повреждение сосудов. При этом 90-дневная заболеваемость составила 51,7% ($n=45$), а смертность – 2,3% ($n=2$). Отдаленная смертность составила 3,4% ($n=3$). По оценкам, 10-летняя выживаемость без стриктур составила 95%.

Интерес представляют исследования А.М. Schreuder и соавт. [18], которые определили, что, несмотря на вероятность успеха эндоскопического, радиологического и хирургического лечения стриктур БДА у 90% пациентов, их качество жизни может ухудшаться даже после «клинически успешного» лечения. После хирургического лечения частота возникновения стриктур анастомоза варьирует от 5 до 69%, при этом большинство исследователей сообщают о частоте около 10-20%. Среднее время до формирования стриктуры составляет от 11 до 30 месяцев. Летальность в отдаленном периоде колеблется от 1,8 до 4,6%.

S.C. Schmidt и соавт. [17] проанализированы данные 54 больных, перенесших операции по поводу обширных повреждений желчных протоков после холецистэктомии. Всем пациентам была выполнена гепатикоюностомия по Ру. 3 (6%) пациента умерли от осложнений на желчевыводящих путях во время наблюдения. В отдаленном периоде желчные осложнения возникли у 10 (19%) больных. У 9 пациентов развилась стриктура желчных путей, у 5 из них отмечался вторичный билиарный цирроз печени. Хорошие отдаленные результаты достигнуты у 50 (93%) из 54 пациентов, включая тех, кому потребовались последующие процедуры.

W. Otto и соавт. [152] проанализировали исходы у 669 пациентов с повреждениями желчных протоков по Страсбергу типа D и E, поступивших в отделение из государственных хирургических отделений в 1990-2020 гг. У 442 больных предварительно хирургические вмешательства не проводились, у 227 была предпринята попытка реконструктивных операций, закончившаяся неудачей. Ретроспективный анализ включал: первичное восстановление (результат степени А), вторичное восстановление (результат степени С), образование стриктуры и актуарные показатели проходимости желчного дерева через 2, 5 и 10 лет. 25 (3,7%) пациентов умерли после восстановительных операций. Актуарные показатели проходимости через 2, 5 и 10 лет наблюдения составили соответственно 93, 88 и 74%, у пациентов, достигших исходов степени А и С - соответственно 86, 75 и 55% ($p<0,001$).

Таким образом, можно констатировать, что мета-анализы, сравнивающие долгосрочные результаты различных методов лечения (хирургическое, чрескожное и эндоскопическое стентирование) доброкачественных стриктур желчных протоков различной этиологии показали клинический

успех поэтапного сочетанного чрескожного и эндоскопического лечения в 50-90% случаев.

На сегодняшний день также доказано, что самый высокий показатель долгосрочного улучшения стеноза отмечался при хирургическом лечении (84%), несколько ниже этот показатель был после чрескожного (81%) и эндоскопического лечения с использованием стентов (79%).

Литература:

1. Аскаргов П.А. “Свежие” повреждения внепеченочных желчных протоков // Шпитальна хірургія. Журн. імені Л. Я. Ковальчука. – 2018. – №1. – С. 78-86.
2. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Ахаладзе Г.Г. и др. Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии; Под ред. Э.И. Гальперина, Т.Г. Дюжевой. – М.: Видар, 2011. – 528 с.
3. Назиров Ф.Г., Курбаниязов З.Б., Аскаргов П.А. Оценка эффективности хирургического лечения свежих повреждений желчных протоков // Пробл. биол. и мед. – 2018. – №4 (104). – С. 85-92.
4. Abdel Rafee A., El-Shobari M., Askar W. et al. Long-term follow-up of 120 patients after hepaticojejunostomy for treatment of post-cholecystectomy bile duct injuries: A retrospective cohort study // Int. J. Surg. – 2015. – Vol. 18. – P. 205-210. doi: 10.1016/j.ijssu.2015.05.004. Epub 2015 May 9. PMID: 25965917.
5. Ahmad H., Zia H.H., Salih M. et al. Outcomes of hepaticojejunostomy for post-cholecystectomy bile duct injury // J. Int. Med. Res. – 2023. – Vol. 51, №3.
6. Barbier L., Souche R., Slim K., Ah-Soune P. Long-term consequences of bile duct injury after cholecystectomy // J. Visc. Surg. – 2014. – Vol. 151, №4. – 269-279.
7. Barrett M., Asbun H.J., Chien H.L. et al. Bile duct injury and morbidity following cholecystectomy: a need for improvement // Surg. Endosc. 2018. – Vol. 32, №4. – P. 1683-1688.
8. Booij K.A.C., Coelen R.J., de Reuver P.R. et al. Long-term follow-up and risk factors for strictures after hepaticojejunostomy for bile duct injury: An analysis of surgical and percutaneous treatment in a tertiary center // Surgery. – 2018. – Vol. 163, №5. – P. 1121-1127.
9. Chaouch M.A., Jerraya H., Dougaz M.W. et al. A Systematic Review of Laparoscopic Cholecystectomy in Situs Inversus // J. Invest. Surg. – 2019. – №4. – P. 1-10.
10. de'Angelis N., Catena F., Memeo R. et al. 2020 WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy // Wld J. Emerg. Surg. – 2021. – Vol. 16, №1. – P. 30.
11. Dimou F.M., Adhikari D., Mehta H.B. et al. Incidence of hepaticojejunostomy stricture after hepaticojejunostomy // Surgery. – 2016. – Vol. 160, №3. – P. 691-698.
12. Gouma D.J., Callery M.P. Bile duct injury: examining results of early repair by the index surgeon // HPB (Oxf.). – 2017. – Vol. 19, №1. – P. 1-2.
13. Kapoor V.K. Bile duct injury repair: when? what? who? // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2007. – Vol. 14, №5. – P. 476-479.
14. Marichez A., Adam J.P., Laurent C., Chiche L. Hepaticojejunostomy for bile duct injury: state of the art // Langenbecks Arch. Surg. – 2023. – Vol. 408, №1. – P. 107.
15. Otto W., Sierdziński J., Smaga J. et al. Actuarial Patency Rates of Hepatico-Jejunal Anastomosis after Repair of Bile Duct Injury at a Reference Center // J. Clin. Med. – 2022. – Vol. 11, №12. – P. 3396.
16. Ozturk E., Can M.F., Yagci G. et al. Management and mid- to long-term results of early referred bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy // Hepatogastroenterology. – 2009. – Vol. 56 (89). – P. 17-25.
17. Schmidt S.C., Langrehr J.M., Hintze R.E. et al. Long-term results and risk factors influencing outcome of major bile duct injuries following cholecystectomy // Brit. J. Surg. – 2005. – Vol. 92, №1. – P. 76-82.
18. Schreuder A.M., Busch O.R., Besselink M.G. et al. Long-Term Impact of Iatrogenic Bile Duct Injury // Dig. Surg. – 2020. – Vol. 37, №1. – P. 10-21.
19. World Health Organization. Global hepatitis report. – 2017. <http://www.who.int/publications/global-hepatitis-report2017/e>

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Акбаров М.М., Исмагуллаев З.У.

Резюме. Освещены результаты реконструктивных вмешательств при ятрогенных повреждениях и стриктурах желчных протоков. Отмечены основные приоритетные аспекты данной проблемы в условиях интенсивного развития современных технологий в гепатобилиарной хирургии. Приведенные мета-анализы, сравнивающие долгосрочные результаты различных методов лечения (хирургического, чрескожного и эндоскопического стентирования) доброкачественных стриктур желчных протоков различной этиологии, показали, что эффективность поэтапного сочетанного чрескожного и эндоскопического лечения составляет 50-90%.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, осложнения, стриктуры желчных протоков, гепатобилиарная хирургия.