



Ю.В. Авдосьев,
В.В. Бойко, Т.А. Гришина,
О.В. Лаврентьева

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
НАМНУ», г. Харьков

© Коллектив авторов

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОХИРУРГИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НАРУЖНЫХ БИЛИАРНЫХ ФИСТУЛ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Резюме. Представлен новый оригинальный метод лечения послеоперационных наружных билиарных свищей путем чрескожного чреспеченочного наружно-внутреннего холангиодренирования через свищевой канал с последующим стентированием желчных путей.

Ключевые слова: послеоперационные наружные билиарные фистулы, хирургическое лечение, рентгенохирургическое лечение, холангио-дренирование, стентирование.

Расширение объёма оперативных вмешательств на органах брюшной полости (особенно на органах гепатопанкреатобилиарной зоны) и увеличение их числа повлекли за собой рост различных осложнений, среди которых наружные желчные свищи (билиарные фистулы) представляют собой непосредственную и реальную угрозу для жизни пациента, характеризуются высокой летальностью и чрезвычайной трудностью лечения [3, 4, 6]. Так, по сводным данным большого числа клиник США, обобщающих опыт 3000 панкреатодуоденальных резекций, частота послеоперационных осложнений достигает 40-70 % и основные из них предрешают 40-70 % летальных исходов [7]. Непосредственно рецидивы наружных билиарных свищей после реконструктивных вмешательств составляют 10-12 % с летальностью от 8 до 40 % [6].

Несмотря на многочисленные публикации, посвященные этой проблеме, ряд вопросов, касающихся диагностики, лечению и профилактики этого серьезного осложнения, остаются окончательно не решенными. Лечение наружных билиарных свищей (фистул) проводят в одних случаях консервативно, в других –

с помощью хирургических вмешательств, арсенал которых достаточно велик [1, 2, 5]. В последнее время для лечения наружных желчных свищей с успехом применяются эндоскопические технологии [4, 6].

Имея достаточный опыт лечения наружных билиарных свищей разной этиологии, мы не нашли описания рентгенохирургического лечения наружных желчных свищей путем чрескожного чреспеченочного холангиодренирования через свищевой канал с последующим чрескожным чреспеченочным стентированием желчных протоков, в связи с чем приводим наше клиническое наблюдение.

Больной Б., 40 лет, поступил в клинику ГУ «ИОНХ НАМНУ» 11.12.2011 г. для планового оперативного лечения по поводу гемангиомы печени. При КТ: печень в размерах не увеличена, структура ее неоднородная за счет наличия гиподенсивного образования, размерами 105×80×97 мм, располагающегося преимущественно в S4 печени, накапливающее контрастное вещество от периферии к центру в последовательные фазы контрастирования, что характерно для гемангиомы (рис. 1). В клинических

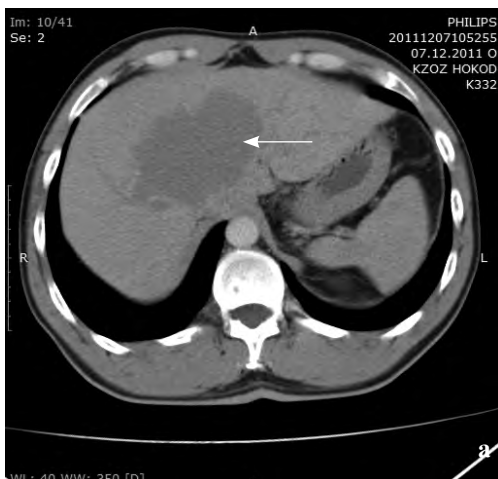


Рис.1. а – КТ органов брюшной полости. определяется гемангиома в S4 печени (стрелка); б – КТ органов брюшной полости спустя месяц после операции

и биохимических анализах крови и мочи — без особенностей. Выставлены показания к оперативному лечению.

15.12.11 г. больному под общим обезболиванием произведена верхне- срединная лапаротомия. При ревизии: в области IV сегмента печени по висцеральной поверхности имеется кавернозная гемангиома размерами 10,0×5,0×4,0 см, идущая к нижней полой вене. При выделении гемангиомы установлено, что в толще ее проходят долевые печеночные протоки, после ревизии которых выявлено, что они склерозированы с образованием соустьев с гемангиомой. Гемангиома также интимно связана с воротной веной. Другой патологии не выявлено. При удалении гемангиомы с учетом вовлечения в патологический процесс сегментарных печеночных протоков произведено их вынужденное пересечение в пределах здоровых тканей, в связи с чем выполнено протезирование протоков желчным пузырем (рис. 2) с последующей холедохо-дуоденостомией и выведением дренажа, интубирующего правый печеночный проток, наружу чреспеченочно. Дренирование брюшной полости.

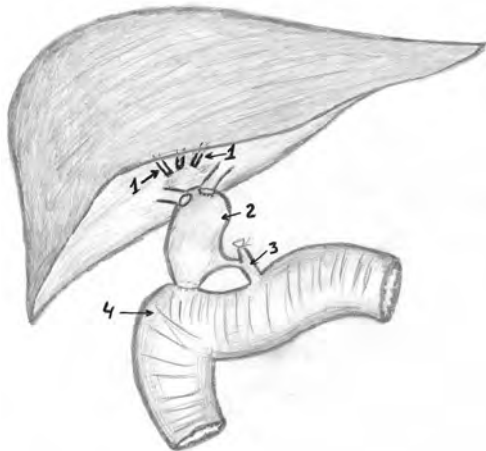


Рис.2. Схематическое изображение конечного этапа операции, где: 1 — сегментарные желчные протоки; 2 — желчный пузырь; 3 — холедох; 4 — двенадцатиперстная кишка.

Послеоперационный период осложнился образованием биломы, что потребовало 03.01.12 г. вскрытия биломы и ее дренирования. На 14 сутки у больного возникла клиника кишечной непроходимости, по поводу чего была произведена релапаротомия, висцеролиз, трансцекальная интубация кишечника. Послеоперационный период осложнился реактивным плевритом, производились повторные пункции. На фоне проводимой терапии, состояние больного улучшилось. На 80-е сутки больной в удовлетворительном состоянии выписан из стационара. В дальнейшем больной повторно поступал в стационар для лечения наружного желчного свища (дебит желчи до 100 мл).

19.09.12 г. больной снова обратился в клинику института для оперативного лечения неполного наружного желчного свища (дебит желчи до 600 мл), неполного наружного губовидного толстокишечного свища (дебит до 30 мл), гигантской послеоперационной вентральной грыжи. Учитывая высокий операционный риск предстоящей полостной операции больному первым этапом выполнено рентгенохирургическое лечение наружного желчного свища.

15.10.2012 г. Операция: Чрескожное чреспеченочное (через свищевой канал) наружно-внутреннее холангиодренирование.

Под местной анестезией Sol. Novocaini 0,5 % — 50,0 мл через катетер Фоллея выполнена фистулография (рис.3, а), во время которой определяется контрастирование свищевых каналов. На проводнике произведена замена катетера Фоллея на диагностический катетер 4 F. Последний под рентгенологическим контролем проведен через свищевой канал и один из печеночных протоков в просвет измененного желчного пузыря. Выполнена холангиография (рис. 3, б), во время которой определяется стриктура холецистодуоденоанастомоза. Гидрофильный проводник проведен через стриктуру в просвет двенадцатиперстной кишки с последующим наружно-внутренним холангиодренированием (рис. 4, а).

17.10.2012 г. Операция: Чрескожное чреспеченочное стентирование холецистодуоденоанастомоза.

Под местной анестезией Sol. Novocaini 0,5 % — 60,0 мл через дренажный катетер в просвет двенадцатиперстной кишки введен проводник, по которому установлен билиарный стент для холангиодренирования 8,0×100,0 мм. Стент расправлен (рис. 4, б). Контрастное вещество поступает в просвет кишки. Дренажный катетер фиксирован к коже и оставлен в желчном пузыре на несколько дней с целью контроля за дальнейшим расправлением стента.

31.10.12 г. Операция: Чрескожное чреспеченочное склерозирование внутрипеченочного канала.

Под местной анестезией Sol. Novocaini 0,5 % — 60,0 мл через дренажный катетер произведена контрольная холангиография (рис. 5, а): стент полностью расправлен; контрастное вещество поступает в просвет кишки. Дренажный катетер на проводнике заменен на обычный катетер с последующим склерозированием внутрипеченочного канала при помощи 96 % этилового спирта и спирали Гиантурко. При выполнении фистулограммы после склерозирования (рис. 5, б) контрастное вещество попадает в поддиафрагмальное пространство, сам внутрипеченочный канал (билиарная фистула) не контрастируется.



Рис. 3. Фистулограмма через катетер Фоллея (а) и холангиограмма (б).
Определяется стриктура холецистодуоденоанастомоза (стрелка)



Рис. 4. а – наружно-внутреннее холангиодренирование; б – чрескожное чреспеченочное стентирование холецистодуоденоанастомоза

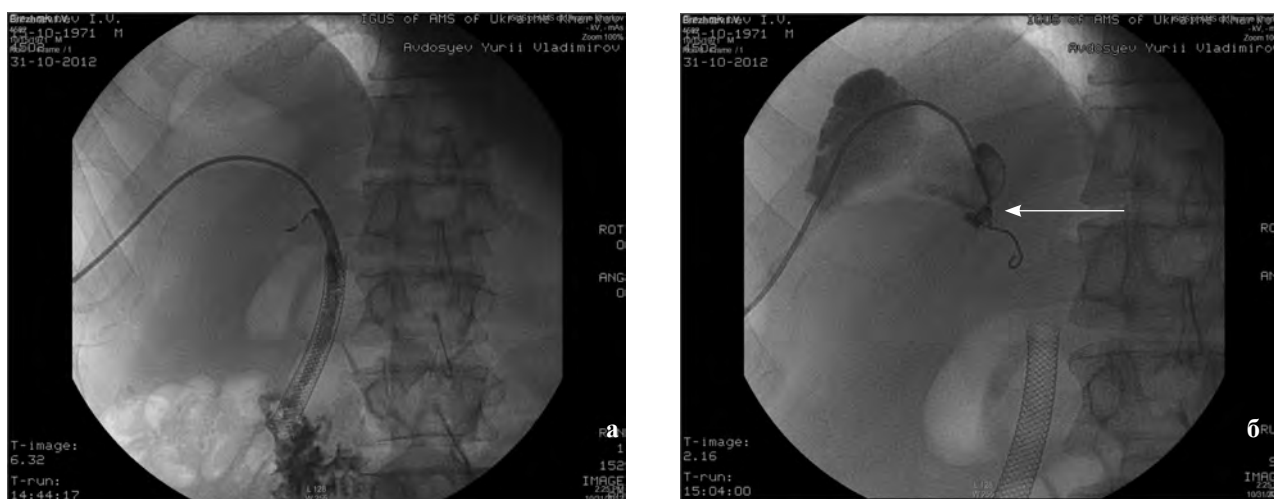


Рис.5. а – контрольная холангиограмма: стент полностью расправлен. Контрастное вещество поступает в просвет кишки; б – фистулограмма после склерозирования внутрипеченочного канала 96 % спиртом и спиралью Гиантурко (стрелка)



06.11.2012 г. (на 48-е сутки) в удовлетворительном состоянии больной выписан из стационара. Наружный желчный свищ полностью закрылся. Больному рекомендовано плановое оперативное лечение через 4 месяца по поводу гигантской послеоперационной вентральной грыжи и неполного наружного губовидного толстокишечного свища.

Приводя данное наблюдение, хотелось бы обратить внимание на следующие моменты:

1) развитие нескольких тяжелых осложнений (билома, кишечная непроходимость) в послеоперационном периоде после первой полостной операции, потребовавшие выполнения повторной релапаротомии;

2) сформировавшийся наружный желчный свищ как следствие стриктуры холецистодуоденоанастомоза и невозможность устранить его консервативным лечением, включая введение катетера Фоллея в свищевой канал;

3) высокий операционный риск выполнения третьей полостной операции по поводу гигант-

ской послеоперационной вентральной грыжи, неполного наружного губовидного толстокишечного свища и длительно существующего наружного желчного свища.

Все это требовало поисков новых малоинвазивных способов лечения данного осложнения, одним из которых являются рентгенхирургические методы лечения, в частности, чрескожное чреспеченочное холангиодренирование. Интерес данного наблюдения заключается в том, что впервые было выполнено хирургическое лечение данного желчного свища путем чрескожного чреспеченочного холангио-дренирования через свищевой канал с последующим чрескожным чреспеченочным стентированием рубцовой стриктуры холецистодуодено-анастомоза и склерозированием внутripеченочного свищевых хода, что привело в конечном результате к его полному закрытию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев С.А. Причины возникновения наружных желчных свищей и их лечение / С.А. Алиев // Вести хирургии им. Грекова. – 1991. – № 6. – С. 19-22.

2. Восстановительно-реконструктивная хирургия внепеченочных желчных протоков / А.А. Кульчиев, А.В. Сланов, В.А. Елоев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – № 3. – С. 126.

3. Захаров С.Н. Наружные желчные свищи после операций на желчных путях / С.Н. Захаров // Хирургия. – 1989. – № 1. – С. 53-56.

4. Применение эндоскопических технологий у больных с ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков и наружными желчными свищами / М.М. Акбаров, Ш.З. Касымов, Л.П. Струцкий [и др.]

//Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – № 3. – С. 103-104.

5. Шалимов С.А. Лечение наружных желчных свищей / С.А. Шалимов, А.П. Радзиховский, М.Е. Ничитайло //Вестн. Хирургии. – 1983. – № 3. – С. 62-66.

6. Эндоскопическая технология при ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных путей и наружных желчных свищах / Х.А. Акимов, Р.Р. Саатов, М.М. Акбаров [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – № 3. – С.63.

7. *Pancreas Cancer Resection Outcome in American University Centers in 1980-1990* / S. B. Edge, R. E. Schmiegel, L. R. Rosenlof [et al.] // *Cancer*. – 1993. – Vol. 71, № 11. – P. 3502-3508.



МОЖЛИВОСТІ
РЕНТГЕНОХІРУРГІЇ
В КОМПЛЕКСНОМУ
ЛІКУВАННІ
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ
ЗОВНІШНІХ БІЛІАРНИХ
ФІСТУЛ (ВИПАДОК ІЗ
ПРАКТИКИ)

*Ю.В. Авдосьєв,
В.В. Бойко, Т.А. Грішина,
О.В. Лаврентьєва*

Резюме. Представлено новий оригінальний метод лікування післяопераційних зовнішніх біліарних фістул шляхом черезшкірного черезпечінкового зовнішньо-внутрішнього холангіодренування через свищевий канал з наступним стентуванням жовчних шляхів.

Ключові слова: *післяопераційні зовнішні біліарні фістули, хірургічне лікування, рентгенхірургічне лікування, холангіодренування, стентування.*

INTERVENTIONAL
RADIOLOGY IN
TREATMENT
OF POST-OPERATIVE
EXTERNAL BILIAR
FISTULAE (A CASE FROM
PRACTICE)

*Yu.V. Avdosjev, V.V. Bojko,
T. A. Grishina, O.V. Lavrentjeva*

Summary. The article presents the new original method of treatment of external biliar fistulae by transskin transhepatic cholangiodrenage with stenting of structure of cholecistoduodenoanastomose and sklerosing of intrahepatic canal.

Key words: *external biliar fistulae, surgical treatment, roentgensurgical treatment, cholangiodrenage, stenting of biliar ways.*