American Surgeon: Journal of Surgical Science and Medical Advances
ISSN: 3071-1819 Volume 01, Issue 10, November 2026

Scienta Press Journals

American Surgeon
Journal of Surgical Science and Medical Advances

Наш опыт применения малоинвазивных методов операций при ятрогенных травмах внепеченочных желчных протоков

Автор: Туракулов У.Н.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. академика В. Вахидова
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан,
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,

Abstract

В статье представлены сведения по применению щадящих хирургических методов при ятрогенных поражениях внепеченочных желчевыводящих путей.

Keywords: актуальные проблемы хирургии желчных протоков, лапароскопическая холецистэктомия, хроническая механическая желтуха, гепатикохоледох, реконструктивные операции.

This work is Licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Our experience in using minimally invasive surgical techniques for iatrogenic injuries of extrahepatic bile ducts

Authors:
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after Academician V. Vakhidov
Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan,
Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers,

Abstract: The article presents information on the use of gentle surgical methods for iatrogenic lesions of the extrahepatic biliary tract.

Key words: current problems of bile duct surgery, laparoscopic cholecystectomy, chronic mechanical jaundice, hepaticocholedochus , reconstructive surgeries.

Среди актуальных вопросов хирургической гепатологии вопросы устранения ятрогенных повреждений желчных протоков (ЯПЖП) продолжают занимать значительное место [1,2]. Это связано с высокой частотой встречаемости ЯПЖП, продолжительностью патологии, наличием таких

ISSN: 3071-1819 Volume 01, Issue 10, November 2026

осложнений, как хроническая механическая желтуха, билиарный цирроз печени, портальная гипертензия, гнойный холангит, печеночная недостаточность. Последствия осложнений первичных операций на внепеченочных желчных протоках требуют многократных восстановительных и реконструктивных операций.

Повреждения внепеченочных желчных протоков при операциях на органах брюшной полости занимают 0,2-3%. Восстановительно-реконструктивные операции приводят к рецидивам стриктур желчных протоков и наружных желчных свищей (НЖС) в 10-12%, а летальность при этом составляет от 8 до 40% [3,4].

Анализ литературы свидетельствует, что в 90% ЯПЖП возникают при первичных холецистэктомиях. Если при использовании холецистэктомии лапаротомным доступом ЯПЖП возникают от 0,3 до 0,8%, то при лапароскопических методиках они возрастают от 0,3 до 3% случаев [3,4,6]. Отдавая должное лапароскопическим технологиям, которые безусловно являются достижением современной медицинской науки и практики, к сожалению, приходится констатировать, что увеличение числа лапароскопических вмешательств на этапе освоения этой методики неизбежно приводит к возникновению всевозможных осложнений. Эти ятрогенные осложнения требуют повторных высокотехнологичных вмешательств, не говоря уже о том, что судьба этих больных порой драматична.

К ятрогенным повреждениям внепеченочных желчных путей в 0,4-9,1% случаев могут привести и резекции желудка при язвенной болезни. В большинстве случаев это связано зависит от уровня профессиональной подготовки хирурга, а также от степени воспалительно-деструктивного процесса в зоне гепатодуоденальной связки.

До настоящего времени продолжаются дискуссии среди хирургов-гепатологов на международных форумах, где с сожалением приходят к выводу, что результаты восстановительно-реконструктивных операций, выполняемые при данной патологии, желают много лучшего. Неустанно ведутся поиски оптимальных методов вмешательств, которые привели к внедрению вариантов современного направления хирургии желчных путей – эндобилиарного стентирования [5,6,7,8,11]. Остается надежда, что дальнейшее совершенствование малоинвазивных методов хирургического лечения ятрогенных повреждений гепатикохоледоха должно завершиться оптимальным решением.

Задачей настоящей работы является анализ результатов хирургической коррекции ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей с помощью малоинвазивных эндоскопических технологий.

Основными методами в диагностике интраоперационных повреждений, рубцовых стриктур признаны эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) и полипозиционная фистулография. Нами ЭРПХГ проводилась на дуоденофиброскопе с боковой оптикой JF-B(B2), JF-10 фирмы “Olimpus” (Япония). В РСЦХ им. акад. В.Вахидова с 2010 по 2025гг произведено 637 исследований. При этом, ЭРХПГ сочеталась с одномоментной эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) у 489 пациентов. Контрольная ЭРХПГ после ЭПСТ выполнена у 394 больных.

Бужирование стенотического сегмента проводилось биопсийными щипцами с локальной диатермокоагуляцией трудно-бужируемого рубцового

ISSN: 3071-1819 Volume 01, Issue 10, November 2026

сегмента. После этого выполнялось стентирование стенотического участка. Использовались стандартные эндобилиарные стенты.

Проведенный анализ показал, что причиной образования рубцовых стриктур и свищей являлись: повреждение желчных протоков и их неадекватное дренирование при холецистэктомии (9,2%), резекции желудка (7,0%) и при эхинококкэктомии (2,8%).

Нами выполнено 493 эндоскопических трансдуоденальных стентирований стенозированных участков внепеченочных желчных путей после первичных хирургических вмешательств. Во всех случаях обнаружены стриктуры гепатикохоледоха, образовавшие наружный желчный свищ. В 175 случаях стриктура располагалась в зоне конфлюэнса и носила критический характер, сопровождавшийся прогрессированием механической желтухи. У этих больных прямой билирубин составлял от 200 до 300 мкмоль/л. У 135 пациентов наблюдались начальные признаки проявлений энцефалопатии, снижения уровня альбуминов ниже 30 г/л, снижения протромбинового индекса ниже 82%. У 216 пациентов препятствие располагалось в зоне слияния пузырного протокам с общим желчным протоком. У 102 больных стриктура располагалась в дистальной части холедоха. Содержание прямого билирубина в этой группе было от 300 до 400мкм/л. Эти пациенты были доставлены в наш стационар до развития печеночной недостаточности. Эндоскопическим методом удалось провести стентирование стенотического сегмента и восстановить проходимость просвета гепатикохоледоха, что привело к выздоровлению и выписке больных через 6-8 суток. С целью профилактики инкрустации дренажной трубки назначался постоянный прием препаратов дезоксихолевой кислоты (хенохол, хенофальк, урсосан). Все указанные пациенты находились под постоянным контролем в послеоперационном периоде. Ни в одном случае осложнений, связанных со стентированием наружных желчных протоков, не наблюдалось. В разные сроки (от 6 до 10 месяцев) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

Таким образом, причиной возникновения повреждений, рубцовых стриктур и наружных желчных свищей являются грубые технические ошибки при первичных операциях, чаще при холецистэктомии.

Одним из основных методов коррекции ятрогенных повреждений ВЖП и НЖС является метод эндобилиарного стентирования. В определенном числе случаев эндоскопический метод устраняет необходимость в тяжелых и порой неоднократных оперативных вмешательств.

REFERENCES

1. Алиев М.А., Арынов Н.М., Ахмедов Е.А. Повторные операции на желчных путях
//Мат. X-Юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ.
- с. 39-46.
2. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Карагюлян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. - М. – 1982 – с. 240.
3. Ничитайло М.Е., Скумс А.В., Галочка И.П. Повреждение желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии //Анналы хирургической гепатологии – 2005. - №2. - С. 30-35.
4. Шаповальянц С.Г., Орлов С.Ю., Паньков Л.Г., Будзинский С.А. Эндоскопическое стентирование при рубцовых стриктурах желчных протоков //Анналы Хирургической гепатологии, - 2005. - №2. - С. 68.

ISSN: 3071-1819 Volume 01, Issue 10, November 2026

5. Abbasoğlu O, Tekant Y, Alper A, et al. Prevention and acute management of biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy: Expert consensus statement. Turkish Journal of Surgery. 2016;32(4):300-305.
6. Felekouras E, Petrou A, Neofytou K, et al. Early or delayed intervention for bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy? A dilemma looking for an answer. Gastroenterology Research and Practice. 2015; Article ID 104235: 1-10.
7. Feng X, Dong J. Surgical management for bile duct injury. Biosci Trends. 2017; 11(4): 399-405.
8. Hogan NM, Dorcaratto D, Hogan AM, Nasirawan F, McEntee P, Maguire D, Geoghegan J, Traynor O, Winter DC, Hoti E. Iatrogenic common bile duct injuries: Increasing complexity in the laparoscopic era: A prospective cohort study. Int J Surg. 2016; 33 Pt A: 151-156.
9. Kapoor T, Wrenn SM, Callas PW, Abu-Jaish W. Cost Analysis and Supply Utilization of Laparoscopic Cholecystectomy. Minim Invasive Surg. 2018;2018:7838103. doi: 10.1155/2018/7838103.
10. Kenneth R. Hassler, Mark W. Jones. Laparoscopic Cholecystectomy. Last Update: March 22, 2019.
11. Kerimoglu RS, Bostanci EB, Dalgic T et al: Management of laparoscopic cholecystectomy-related bile duct injuries: A tertiary center experience. Arch Iran Med, 2017; 20(8): 487–93.