

ХИРУРГИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПРОКСИМАЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

ГАРЕЛИК П.В., БАТВИНКОВ Н.И

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Резюме. Представлен анализ хирургического лечения 51 больного рубцовыми стриктурами проксимальных сегментов внепеченочных желчных протоков, при этом, согласно классификации Bismuth, II тип имел место у 26 пациентов, III тип – у 14, IV тип – у 2 и V тип – у 9. В большинстве случаев отмечались желтуха и явления холангита. Диагностическая программа включала ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, фистулохолангиографию, реже ретроградную панкреатохолангиографию, однако основным методом, позволяющим четко визуализировать локализацию непроходимости протоков, являлась магнитно-резонансная томография.

У 41 больного билиодигестивное соустье сформировано с тощей кишкой, при этом в 6 случаях наложен бигепатикоэнтероанастомоз. У 6 пациентов выполнено гепатикодуоденостомия. Отдавали предпочтение однорядному узловому шву с соблюдением по возможности принципа прецизионности. Транспеченочное дренирование применяем по строгим показаниям, т.е. при стриктурах долевых и сегментарных протоков, узком билиодигестивном соустье, вторичном склерозирующем холангите, циррозе печени. В послеоперационном периоде у 8 больных наблюдались различные осложнения с одним летальным исходом. После корригирующих вмешательств хорошие и удовлетворительные результаты отмечены в 88,3% случаев.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, стриктуры желчных протоков, хирургическое лечение.

Abstract. In the presented surgical treatment examination of 51 patients with cicatricial strictures of bile duct anhepatic proximal segments, according to the Bismuth classification, type II occurred in 26 patients, while type III – in 14, type IV – in 2 and type V – in 9 patients respectively.

In most cases jaundice and cholangitis could be observed. The diagnostic program included an ultrasound research, computer tomography, fistulocholangiography, rarely retrograde cholangiopancreatography, however the main procedure to clearly visualize the duct obstruction localization, was the magnetic resonance tomography (MRT).

In 41 patients the biliary-enteric bypass is formed along with the jejunum, in 6 cases bihepaticoenteroanastomosis having applied. The 6 patients underwent hepaticoduodenostomy. The preference was given to the single-knot suture with maintenance of the precision method, if possible. The transhepatic drainage is applied by strict indication, i.e. by lobar or segmental stricture, by narrow biliary-enteric bypass, by secondary sclerosing cholangitis, by cirrhosis. The 8 patients experienced different complications in the postoperative period, one proved fatal. After applying some remedial procedures good and satisfactory results have been reached in 88.3% cases.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 230029, Гродно, ул. Горького, д.22, кв. 53, р.тел. 41-82-51, д.тел. 72-32-08, моб. 6879524. – Батвинков Н.И.

Хирургическая коррекция рубцовых стриктур проксимальных сегментов желчных протоков продолжает оставаться одной из актуальных проблем гепатобилиарной хирургии, что обусловлено как сложностью оперативного вмешательства, так и тенденцией роста числа больных с указанной патологией. В значительной степени данная ситуация связана с широким внедрением в хирургических стационарах различного уровня не только традиционных, но и лапароскопических вмешательств при желчнокаменной болезни и ее осложнениях. Большинство авторов полагают, что частота травм внепеченочных желчных протоков (основная причина их стриктуры) во время лапароскопической холецистэктомии встречается чаще, чем при открытой операции. По данным В.Н.Чернышева и соавт (15), этот показатель составляет соответственно 0,25 и 0,11%. При этом необходимо подчеркнуть, что при лапароскопической холецистэктомии механизм повреждения включает также коагуляционный фактор, при котором происходят более серьезные изменения как стенок желчных протоков, так и окружающих их тканей печечно-двенадцатиперстной связки. Кроме того, в этих случаях ситуация усугубляется тем, что увеличивается процент высоких повреждений желчных путей, которые требуют более сложных оперативных вмешательств и соответствующего оснащения хирургического отделения. К более редким причинам стриктур желчных протоков неопухолевого генеза относятся холангиты и рубцевание ранее наложенных билиодигестивных анастомозов, при которых повторные операции выполняются в зоне ворот печени, т.е. на проксимальных сегментах внепеченочных желчных путей.

Хирургии рубцовых стриктур желчных протоков более 100 лет, однако, и теперь послеоперационная летальность у этой категории больных составляет 4-19% (4,5,6,8). Если при стриктурах дистального отдела общего желчного протока (I тип по классификации Bismuth) чаще всего не существует хирургической проблемы, то иная ситуация складывается при высоких окклюзиях путей желчеоттока. Несмотря на большое количество публикаций по данному вопросу, до сих пор продолжают оставаться спорными многие аспекты хирургии высоких стриктур желчных протоков (13). Прежде всего это касается характера предоперационной подготовки больных при наличии у них желтухи и острого холангита, оптимальной техники реконструктивных вмешательств, целесообразности использования каркасных и разгрузочных дренажей различной модификации, в том числе для транспеченочного дренирования желчных путей, и наконец, роли эндобилиарных процедур в качестве первого этапа или окончательной операции.

Методы

Проведен анализ собственных данных лечения 51 больного, подвергшихся оперативному вмешательству по поводу высоких стриктур

желчных протоков. Среди них было 30 женщин и 21 мужчин, возраст которых колебался от 18 до 76 лет: до 30 лет было 3 пациента, от 31 до 40 лет – 8, от 41 до 50 лет – 16, от 51 до 60 лет – 9, от 61 до 70 лет – 13, старше 70 лет – 2. Причинами развития высоких рубцовых стриктур желчных протоков являлись ранее перенесенные операции на желчевыводящих путях (38), резекция желудка (2), склерозирующий холангит (11). По уровню развития стриктур, согласно классификации Bismuth, больные распределялись следующим образом: II тип (стриктура общего печеночного протока) имел место у 26 больных, III тип (стриктура в зоне слияния долевых печеночных протоков) – у 14, IV тип (разрушение конfluence) – у 2, V тип (стриктура долевых и сегментарных протоков) – у 9. У 35 больных при поступлении в клинику наблюдалась желтуха различной степени выраженности (до 500 ммоль/л), которая у большинства (21) из них сопровождалась острым холангитом, при этом в 9 случаях выявлены холангиогенные абсцессы печени. Наружные желчные свищи (полные и неполные) были у 11 больных, причем у 3 из них они носили рецидивирующий характер и в одном случае сочетались с панкреатическим свищом. С целью диагностики уровня и протяженности рубцовых стриктур желчевыводящих путей применяли комплексную диагностическую программу, которая включала ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, фистулохолангиографию, реже ретроградную панкреатохолангиографию и чрескожную чреспеченочную холангиографию, однако основным методом, позволяющим четко визуализировать зону локализации непроходимости протоков и степень ее выраженности, в последние годы являлась магнитно-резонансная томография.

Результаты и обсуждение

В сообщениях англоязычной литературы все настойчивее пропагандируются эндоскопические вмешательства, направленные на бужирование и стентирование суженных желчевыводящих путей, что возможно в условиях соответствующей оснащенности специализированных отделений и наличия высококвалифицированных эндоскопистов-хирургов. В последние годы с целью снятия желчной гипертензии малоинвазивные вмешательства начали применяться некоторыми хирургами (16, 17) стран СНГ, которые используют их на первом этапе или в качестве самостоятельной операции. Тем не менее, основной операцией при рубцовых структурах желчных протоков по-прежнему является формирование билиодигестивных анастомозов, а при стенозах последних осуществляют наложение новых или реконструкцию ранее наложенных соустьев.

Производя ликвидацию высоких стриктур и свищей желчных протоков мы практически всегда встречались с большими техническими сложностями. В связи с тем, что операции носили повторный характер, у большинства больных в подпеченочном пространстве наблюдался выраженный спаечный процесс, который существенно затруднял дифференцировку элементов печечно-двенадцатиперстной связки, а в случаях ранее наложенных билиодигестивных анастомозов-идентификацию формирующих его структур. Особенно

усугублялась ситуация при узком просвете желчного протока, диаметр которого иногда был 1-2 мм. Попытки его пунктировать оказывались часто неудачными, так как стенки гепатикохоледоха были рубцово трансформированы и не отличались от окружающих тканей. Это было характерно для больных с полными наружными желчными свищами, когда отсутствует супрастенотическое расширение протоков. С целью поиска путей желчеоттока прибегали к тщательной препаровке тканей именно в области ворот печени, так как при указанных патологических изменениях в зоне операции отыскать общий печеночный проток проще со стороны проксимального его сегмента, ориентируясь по круглой связке и квадратной доле печени. Достоверным признаком являлась визуализация супрастенотического расширения проксимального отдела общего печеночного протока или долевых протоков. При их пункции получали желчь, бесцветную жидкость или содержимое гнойного характера. У 4 больных в наданастомозном пространстве и внутрипеченочных желчных протоках были выявлены различной величины конкременты. После санирования путей желчеоттока производили формирование билиодигестивных анастомозов, что в зоне ворот печени носит свои особенности и технические сложности. При стриктурах желчных протоков II типа, когда вследствие развития желчной гипертензии имело место расширение проксимальных сегментов желчевыводящих путей, условия для создания билиодигестивных соустьев, как правило, были относительно благоприятными. Другая техническая ситуация складывалась у больных с III, IV и особенно V типами стриктур, когда в рубцовый процесс вовлекались долевые и сегментарные протоки. В этих случаях производили выделение печеночных протоков по возможности проксимальнее рубцово измененных тканей, в том числе с фенестрацией IV сегмента печени. У 14 больных увеличить диаметр формируемого анастомоза до 2-2,5 см представлялось возможным благодаря продольному рассечению левого долевого протока по Нерр-Coinaud и/или правого, что наблюдалось реже. При наложении билиодигестивного соустья у 41 пациентов использовали тощую кишку, выключенную по Ру, при этом в 35 случаях был сформирован гепатикоэнтероанастомоз и в 6 – бигепатикоэнтероанастомоз. Гепатикодуоденоанастомоз наложен у 6 больных, что имело место в случаях снятия или реконструкции ранее сформированного холедохогепатикодуоденоанастомоза.

Мы отдавали предпочтение узловому однорядному шву, как это рекомендует большинство авторов. Однако А.Н. Прудков и соавт (11) с успехом применяют однорядный непрерывный шов, используя нити 4,0-6,0 под контролем хирургической лупы. Тем не менее, в примечании редакции на его статью указано, что применение непрерывного шва у больных с высокими стриктурами малоприемлемо из-за возможности развития стриктуры в отдаленном периоде. Хорошо известно, что важнейшим моментом в профилактике развития стеноза билиодигестивного соустья является адаптация краев слизистых печеночных протоков и кишки, т.е. соблюдение принципа прецизионности. Однако это трудно выполнить при наложении анастомоза у

больных с высокими стриктурами желчных протоков, когда не представляется возможным радикально удалить рубцовые ткани.

Не менее ответственный момент наступает при принятии решения о целесообразности применения того или иногда вида дренирования желчных путей. С целью профилактики желчной гипертензии в послеоперационном периоде, которая может отрицательно повлиять на герметичность соустья, операцию заканчиваем постановкой разгрузочных дренажей, один конец которых располагается в печеночном протоке, второй выводится наружу через стенку кишки, выключенной по Ру. Транспеченочное каркасное дренирование применяли по строгим показаниям, в зависимости от патоморфологических изменений тканей в зоне операции. Указанный вид дренажей типа Придери или Сейпол-Куриана использовали при невозможности полного удаления рубцово измененных тканей, при стриктурах долевых и сегментарных протоков, узком билиодигестивном соустье, а также в случаях вторичного склерозирующего холангита или цирроза печени. В литературе на этот счет существуют различные мнения. Ф.Г.Назыров и соавт (10) рекомендуют сменный каркасный дренаж при любой локализации высокой стриктуры желчных протоков. Такого же мнения придерживаются А.Г.Бебуришвили и соавт (1), М.В.Лысенко и соавт (9). Глушков Н.И. (7) указанный вид дренирования применяет при персистирующем холангите, циррозе печени, склерозе стенок долевых протоков. Бражникова Н.А. и соавт (2), используя дренажи по Saypol-Kuriana, извлекают их через 2-3 недели, за исключением случаев выраженных склеротических изменений билиарной системы, когда они сохраняются до года. В настоящее время наиболее привлекательной точкой зрения на эту проблему является та, согласно которой отдается предпочтение прецизионному шву без сменного каркасного дренирования (3,5).

У двух больных, которые поступили из других клиник, после неоднократных операций в связи с хирургической травмой желчных путей, оказалась рубцовая стриктура гепатикоеюноанастомоза, осложнившаяся гнойным холангитом и механической желтухой, при этом петля кишки в области предполагаемого соустья «вросла» в печеночную ткань, что делало невозможным реконструкцию билиодигестивного соустья. В связи с этим мы вынуждены были после вскрытия просвета кишки провести конец зажима через анастомоз и произвести его дилатацию до 1,5 см в диаметре, при этом из печеночных протоков были извлечены конкременты. В этих случаях оперативное вмешательство заканчивалось транспеченочным каркасным дренированием по Сейпол-Куриану с хорошим отдаленным результатом. Об аналогичной тактике сообщили А.А.Третьяков и соавт (14), которые у 4 больных с высокими стриктурами в зоне ворот печени производили бужирование анастомоза через образованное в кишке отверстие с каркасным билатеральным дренированием по Смити.

Одним из грозных осложнений желчнокаменной болезни является развитие многоуровневых стриктур желчных протоков, когда в патологический процесс рубцевания вовлекаются не только большой дуоденальный сосочек, но и стенки долевых протоков. Более того, при прогрессировании заболевания

неизбежно присоединяется вторичный склерозирующий холангит, что делает лечение таких больных проблематичным. У таких пациентов, когда наблюдалась выраженная желтуха, операцию заканчивали дренированием желчных путей по Сейпол-Куриану, что в отдельных из них положительно сказывалось на восстановление желчеоттока.

В качестве примера приводим одно из наблюдений.

Больная И., 63 лет, поступила в хирургическую клинику № 1 Гродненского государственного медицинского университета по поводу желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой. Общее состояние больной средней тяжести. Билирубин – 500ммоль/л, при УЗИ желчный пузырь, в спавшемся состоянии, в его просвете 2 конкремента диаметром 1,5см, холедох 6-7мм, стенки желчных протоков утолщены, внутрипеченочные пути желчеоттока сужены. Во время операции (15.10.02) оказалось, что желчный пузырь в спавшемся состоянии, содержит два конкремента, внепеченочные желчные протоки не расширены. При интраоперационной холангиографии через культю пузырного протока (после холецистэктомии) диагностирован стеноз большого дуоденального сосочка и резко выраженное сужение внутрипеченочных желчных протоков. Холедохотомия, выделилась по каплям слабо концентрированная желчь. Зонд диаметром 2мм не проходит в 12 перстную кишку, выполнена трансдуоденальная папиллотомия (эндоскопическая не выполнялась по техническим причинам). Указанный зонд не проходит в долевые протоки, что потребовало форсированного бужирования последних, а также сегментарных путей желчеоттока с последующей постановкой транспеченочного дренажа по Смитсу. Послеоперационный период протекал без осложнений. К моменту выписки из стационара полностью исчезла желтуха. 11.02.03 больная госпитализирована для контрольного обследования. Жалоб не предъявляет, рецидива желтухи не было, дренаж сохраняется. Через два месяца (2.04.03) по настоянию больной дренаж удален. Пациентка практически здорова.

Наряду с высокими стриктурами желчных протоков, у 3 больных наблюдались полные наружные желчные свищи, при которых печеночные протоки имеют тенденцию трансформироваться в узкие, поэтому в одном случае мы вынуждены были в качестве этапной операции использовать предложение Е.В. Смирнова (12).

У пациентки в анамнезе отмечалось хирургическая травма общего печеночного протока, операция была закончена наружным дренированием желчных путей. В связи с тяжелым общим состоянием, наличием полного наружного желчного свища, вторичного склерозирующего холангита, билиарного цирроза печени был наложен подкожный фистулоэнтероанастомоз по Е.В.Смирнову, как вынужденное оперативное вмешательство из-за крайне высокого риска радикальной реконструктивной операции (14.11.97). Состояние больной значительно улучшилось, отмечалась положительная динамика, однако в последующем стали отмечаться рецидивы механической желтухи и больная была повторно оперирована (9.06.99). На операции выявлен

холангиотический абсцесс печени и холангиолитиаз. После санирования полости абсцесса и удаления конкрементов наложен гепатикодуоденоанастомоз по Нерр-Сойнауд. Послеоперационный период протекал без осложнений, выздоровление. В ближайшем послеоперационном периоде у 8 больных наблюдались различные осложнения с одним летальным исходом. После корригирующих вмешательств хороших и удовлетворительных результатов удалось достичь у 88,3% наблюдений.

Заключение

Основной причиной образования рубцовых стриктур желчных протоков являются тактические и технические ошибки при выполнении операций на желчевыводящих путях. При наличии выраженной желтухи, сочетающейся с холангитом, больные нуждаются в тщательной предоперационной подготовке, которую целесообразно проводить в условиях реанимационного отделения. При рубцовых стриктурах проксимальных сегментов внепеченочных желчных протоков предпочтение следует отдавать реконструктивным вмешательствам, т.е. наложению билиодигестивных анастомозов. С целью снятия желчной гипертензии в раннем послеоперационном периоде операцию целесообразно заканчивать постановкой разгрузочных дренажей, сменные каркасные дренажи необходимо применять по строгим, резко ограниченными показаниям. По мере оснащения специализированных отделений соответствующим инструментарием и подготовки эндоскопистов-хирургов, эндоскопические методы лечения рубцовых стриктур желчных протоков могут являться альтернативой общепринятым хирургическим вмешательствам.

Литература

1. Бебуришвили, А. Г. Качество жизни у больных после повторных операций на желчных путях / А. Г. Бебуришвили, Е. Н. Зюбина, Е. П. Строганова // Аннал. хир. гепат. – 2005. – Т.10, № 2. – С. 49-50.
2. Бражникова, Н. А. Наружное дренирование в реконструктивной и восстановительной хирургии желчных путей при повторных операциях. / Н. А. Бражникова, Н. В. Цхай, Л. М. Парамонова // Аннал. хир. гепат. – 2005. – Т.10, № 2. – С. 52.
3. Гальперин, Э. И. Выбор метода операции в зависимости от типа высокой стриктуры печеночных протоков / Э. И. Гальперин, А. Ю. Чевокин, Т. Г. Дюжева // Аннал. хир. гепат. – 2003. – Т.8, № 2. – С. 86.
4. Гальперин, Э. И. Рубцовые стриктуры желчных протоков / Э. И. Гальперин, Н. Ф. Кузовлев, С. Р. Карагюлян. – М., 1982.
5. Гальперин, Э. И. Рубцовые стриктуры печеночных протоков и области их слияния (стриктура о) / Э. И. Гальперин, Н. Ф. Кузовлев // Хирургия. – 1995. – № 1. – С. 26-31.
6. Глушков, Н. И. Дренирование желчных протоков при хирургическом лечении рубцовых стриктур / Н. И. Глушков // Аннал. хир. гепат. – 2005. – Т.10, № 2. – С. 53.

7. Гришин И.Н. Повреждения желчевыводящих путей / И. Н. Гришин. – Минск 2002.
8. Журавлев, В. А. Опыт реконструктивных операций на внутри- и внепеченочных желчных протоках / В. А. Журавлев, В. М. Русинов, В. В. Булдаков // Аннал. хир. гепат. – 2005. – Т.10, № 2. – С. 55-56.
9. Лысенко, М. В. Непосредственные результаты транспеченочного дренирования при механической желтухе, обусловленной стенозирующим холангитом / М. В. Лысенко, С. И. Чиж, Б. В. Ревазашвили // Аннал. хир. гепат. – 2005. – Т.10, № 2. – С. 58.
10. Назыров, Ф. Г. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков / Ф. Г. Назыров, А. М. Хаджибаев, Б. К. Алтыев // Хирургия. – 2006. – № 4. – С. 46-51.
11. Прудков, М. И. Хирургическое лечение больных с рубцовыми стриктурами общего печеночного протока / М. И. Прудков, К. В. Титов, А. П. Шушанов // Аннал. хир. гепат. – 2007. – № 2. – С. 69-74.
12. Смирнов, Е. В. Реконструктивные операции на желчных путях / Е. В. Смирнов, С. Д. Попов. – М. 1969.
13. Третьяк, С. И. Опыт лечения стриктур внепеченочных желчных протоков / С. И. Третьяк, Т. Н. Чудакова, Н. Т. Рацинская // Аннал. хир. гепат. – 2005. – Т. 10, № 2. – С. 65.
14. Третьяков, А. А. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков / А. А. Третьяков, Н. И. Слепых, А. К. Корнилов // Хирургия. – 1998. – № 10. – С. 46-50.
15. Чернышов, В. Н. Лечение повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков / В. Н. Чернышов, В. Е. Романов, В. В. Сухоруков // Хирургия. – 2004. – № 11. – С. 41-49.
16. Шаповальянц, С. Г. Эндоскопическая коррекция рубцовых стриктур желчных протоков / С. Г. Шаповальянц, С. Ю. Орлов, С. Н. Будзинский // Аннал. хир. гепат. – 2006. – № 2. – С. 57-64.
17. Шаповальянц, С. Г. Эндоскопические методы в лечении рубцовых послеоперационных стриктур желчевыводящих протоков // С. Г. Шаповальянц, С. Ю. Орлов, Е. Д. Федоров // Аннал. хир. гепат. – 2002. – Т.7, № 2. – С. 70-77.