

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

**В.И.МАЛЯРЧУК, Ю.Ф.ПАУТКИН, А.Е.КЛИМОВ,
Н.Ф.ПЛАВУНОВ, ЗЕАЙТЕР АЛИ ХУССЕЙН**

Кафедра хирургии РУДН. Ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

Медицинский факультет

Авторами приводится анализ отдаленных результатов 58(76,3%) из 76 выписанных из клиники больных, которым были выполнены различные хирургические вмешательства по поводу рубцовых стриктур желчных протоков. В зависимости от сроков обследования больные разделены на три группы: *1 группа* – срок обследования от 3 мес. до 2 лет, *2 группа* – срок обследования от 2 до 5 лет, *3 группа* – срок обследования от 5 лет и больше. Хороший результат после хирургических вмешательств по поводу рубцовых стриктур желчных протоков отмечен в 86,2% случаев. Авторы отмечают, что получению хороших отдаленных результатов лечения больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков способствовало полное иссечение рубцовой ткани и формирование билиодигестивного анастомоза с использованием прецизионной техники шва и применением алиотогенных и ареактивных шовных материалов. При этом каркасные дренажи не применялись.

Ключевые слова: рубцовые стриктуры желчных протоков – отдаленные результаты.

Актуальность проблемы.

Анализ литературы свидетельствует, что отдаленные результаты реконструктивных операций при рубцовых стриктурах желчных протоков зависят главным образом от протяженности рубцового поражения желчного протока и правильности формирования билиодигестивного соустья [Нидерле Б. и соавт., 1982; Rueff F.L. et al., 1972]. При этом неудовлетворительные результаты лечения имеют место в 40% наблюдений [Genest J.F. et al., 1986]. По данным Э.И. Гальперина, Н.Ф. Кузовлева (1991), М. Х-Т. Татаршова (2001), М.А. Mercado et al. (2000), у 53-84% больных, оперированных по поводу рубцовых стриктур желчных протоков, отмечается хороший результат. Однако в большинстве случаев эти результаты получены после операций, при которых использовалось каркасное дренирование области сформированного анастомоза с помощью различного вида дренажей, в основном транспеченочных.

Рецидивы стриктур после реконструктивных операций на желчных протоках встречаются в 10,9-50,0% случаев [Виноградов В.В., Зима П.И., 1975; Гальперин Э.И. с соавт., 1982; Шалимов А.А. с соавт., 1993; Лапкин К.В., 1989; Greaney M. G, 1982; Lygidakis N.J. et al., 1989; Chapman W.C. et al., 1995; Mercado M.A. et al., 2000]. Причины развития данного осложнения различны. Э.И. Гальперин с соавт. (1982) на основании литературных данных и собственного опыта указывают, что оно может быть связано с рубцовыми изменениями стенки желчного протока, узостью сформированного анастомоза, а также быть обусловлено использованием грубого шовного материала, нарушающего питание тканей в зоне соустья.

Экспериментальные и клинические исследования, проведенные в нашей клинике [Мальярчук В.И., 1986; Удотов О.А., 1992], показали, что образование рубцового сужения билиодигестивного анастомоза, сформированного при лечении рубцовой стриктуры желчного протока, наступает, как правило, в первые 1-2 года после операции. Именно в эти сроки были выявлены неудовлетворительные результаты оперативного лечения стриктур желчного протока.

Материалы и методы.

На кафедре хирургии РУДН с 1985 года для лечения больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков применяется активная хирургическая тактика, особенностью которой является обязательное иссечение стриктуры желчного протока, использование ареактивного шовного материала и прецизионной техники шва. С 1985 по 2002 гг. по поводу рубцовых стриктур желчного протока и билиодигестивного анастомоза было оперировано 79 больных. После операции из клиники выписано 76 (96,2%) пациентов. Анализ отдаленных результатов лечения проведен у 58 (76,3%) больных. При этом сроки отдаленного послеоперационного периода колебались от 3 мес. до 17 лет.

Среди 58 обследованных больных в 8 (13,8%) случаях при стриктуре желчного протока были выполнены восстановительные операции. В 50 (86,2%) случаях при стриктуре желчного протока выполнялись реконструктивные операции.

Поскольку данные литературы указывают, что рубцовые стриктуры в отдаленном послеоперационном периоде образуются в сроки от 7 мес. до 5 лет, для оценки наших отдаленных результатов хирургического лечения рубцовых стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастомозов все обследованные больные разделены на три группы:

- 1 группа – срок обследования от 3 мес. до 2 лет – 23 (39,7%) больных;
- 2 группа – срок обследования от 2 до 5 лет – 10 (17,2%) больных;
- 3 группа – срок обследования от 5 лет и больше – 25 (43,1%) больных.

В качестве главного критерия оценки отдаленного результата лечения стриктуры желчного протока мы использовали данные, получаемые при ультразвуковом исследовании больных. При этом *хороший* результат считали только в том случае, если на ультратомограммах отсутствовала внутрипеченочная и внепеченочная холангиозктазия, а опрос больного не выявлял каких-либо жалоб, характерных для нарушения пассажа желчи из печени в кишечник (тупые боли в области печени, наличие озноба, появление даже кратковременной желтушности кожи и склер).

Если при обследовании больного были выявлены какие-либо симптомы дискомфорта со стороны брюшной полости (симптомы нарушения функции кишечника), а при ультразвуковом исследовании желчевыводящей системы признаков нарушения эвакуации желчи из печени не было выявлено, то такой результат мы относили к *удовлетворительному*.

К *неудовлетворительному* результату мы относили те случаи, когда у больных отмечались приступы болей в правом подреберье, связанные с приемом пищи, сопровождающиеся ознобами, повышением температуры, желтушностью кожи и склер, т.е. имелись признаки холангита, нарушения оттока желчи в желудочно-кишечный тракт, а по данным ультразвукового исследования обнаруживалась внутрипеченочная холангиозктазия. Эти больные подвергались повторному хирургическому вмешательству, направленному на устранение рецидива стриктуры.

Результаты.

В табл. 1 представлены данные результатов обследования больных в послеоперационном периоде.

Таблица 1

Результаты обследования больных

Результат	Всего	Сроки обследования		
		От 3 мес. до 2 лет	От 2 до 5 лет	Более 5 лет
Хороший	50(86,2%)	16	9	25
Удовлетворительный	1(1,7%)	-	1	-
Неудовлетворительный	7(12,1%)	7	-	-
Всего	58(100%)	23	10	25

Как видно из табл. 1, хороший отдаленный результат получен в 86,2% случаев. У 12,1% пациентов выявлен неудовлетворительный результат. Оценка отдаленных результатов лечения рубцовых стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастомозов изучена нами в зависимости от характера оперативного вмешательства (табл. 2).

Обсуждение

Рецидив стриктуры у обследованных больных развился в первые два года после операции. Как видно из данных табл. 2, неудовлетворительные результаты лечения стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастомозов получены в тех случаях, когда использовалась методика формирования билиобилиарного анастомоза или выполнялось бужирование стриктуры желчного протока. Из 4 обследованных больных, которым были

сделаны такие операции, в 50% случаев потребовалось выполнение повторного вмешательства.

Таблица 2

Характер операций и отдаленные результаты

Характер операции	Всего	Отдаленный результат		
		хороший	удовлетворительный	неудовлетворительный
Резекция стриктуры, билиобилиарный анастомоз	2	1		1
Холедохотомия, бужирование стриктуры, глухой шов протока	2	1		1
Рассечение стенки протока в области стриктуры, пластика протока по Микуличу	2	2		
Исечение стенки протока, пластика культи пузырного протока	1	1		
Исечение стенки протока, ХДА	1	1		
Резекция стриктуры, ГЭА	13	12	1	
Резекция стриктуры, БиГЭА	19	17		2
Резекция стриктуры, ТриГЭА	6	6		
Резекция стриктуры, ГДА	7	6		1
Резекция стриктуры, ХДА	1			1
Реконструкция ГЭА	2	1		1
Реконструкция ГДА	1	1		
Реконструкция ХДА	1	1		
ВСЕГО	58 100%	50 86,2%	1 1,7%	7 12,1%

Примечание: ХДА – холедоходуоденоанастомоз, ГЭА – гепатикозентероанастомоз, ГДА – гепатикодуоденоанастомоз.

Неудовлетворительные результаты получены и в тех случаях, когда для восстановления пассажа желчи выполняли формирование билиодуоденального соустья – холедохили гепатикодуоденоанастомоза. Из 9 обследованных больных, которым после резекции стриктуры желчного протока было сформировано билиодуоденальное соустье, в 2 (22,2%) случаях отмечен неудовлетворительный результат.

Анализ отдаленных результатов группы больных, которым по поводу стриктур желчных протоков были выполнены восстановительные операции, показал, что неудовлетворительный результат отмечен в 2 (25,0%) наблюдениях. У больных, перенесших реконструктивные вмешательства, неудовлетворительный результат получен в 5 (10,0%) наблюдениях.

Как видно из анализа нашего клинического материала, ни в одном случае в нашей клинике не была использована методика каркасного дренирования зоны формируемых билиодигестивных анастомозов. Тем не менее, стремление во время операции полностью иссекать рубцовые ткани, применение прецизионной техники шва и использование ареактивных шовных нитей и формирование преимущественно билиозентероанастомоза позволило добиться хороших результатов лечения рубцовых стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастомозов в 86,2% случаев.

ВЫВОДЫ.

1. При лечении рубцовых стриктур желчных протоков предпочтение должно отдаваться реконструктивной хирургии – формированию билиодигестивного анастомоза, что позволяет получить хороший результат в 86,2% случаев без применения каркасного дренирования зоны анастомоза.

2. Формирование соустья между общим печеночным или долевыми печеночными протоками и петлей тощей кишки (билиозентероанастомоза) при лечении стриктур желч-

ных протоков позволяет получить хороший результат в 94,7% случаев, несмотря на то, что оперативное вмешательство сопровождается значительными техническими трудностями.

3. При формировании билиодигестивных анастомозов необходимо:

- а) полностью иссекать рубцовые ткани;
- б) применять атравматичный и алитогенный шовный материал;
- в) при сшивании анастомозируемых органов стремиться к четкому сопоставлению (адаптации) краев слизистой оболочки (применять элементы прецизионной техники);
- г) формировать соустья однорядным швом, применяя при билиодигестивном анастомозе узловый шов с наружным расположением узелков;
- д) формировать максимально широкое клапанное соустье, чему способствует: клиновидное иссечение участка стенки желчного протока и поперечное пересечение анастомозируемой с протоком стенки кишки; сшивание между собой боковых стенок долевых протоков печени и образование общей ампулы перед формированием бигепатикоэнтероанастомоза.

Литература

1. Виноградов В.В., Зима П.И. Холедохотомия и глухой шов желчных протоков. - М., 1975. - С. 23-32.
2. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Каразюлян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. - М., 1982.
3. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф. Особенности хирургического лечения доброкачественных бифуркационных стриктур печеночных протоков. //Хирургия. - 1991. - №1. - С. 70 - 75.
4. Лапкин К.В., Малайчук В.И., Аббасов А.К. Лигатурный холелитиаз. //Хирургия. - 1989. - № 5. - С. 103-108.
5. Малайчук В.И. Прецизионный шов гепатикохоледоха проленовой нитью. Дисс... - М., 1986. - 152 с.
6. Татаршаев М.Х.-Б. Диагностика и хирургическое лечение рубцовых стриктур желчных протоков. //Анналы хирургической гепатологии. - 2001, - 6. - № 2. - С. 90-94.
7. Удотов О.А. Прецизионная техника и инертные шовные материалы в хирургии рубцовых структур желчевыводящих протоков. Дисс... - М., 1992.
8. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Копчак В.М., Скумс А.В. Дифференциальная диагностика и лечебная тактика при неопухоловой механической желтухе и холангите. //Хирургия. - 1993. - № 1. - С. 13-17.
9. Chapman W.C; Halevy A., Blumgart L.H., Benjamin I.S. Postcholecystectomy bile duct strictures. Management and outcome in 130 patients. //Arch. Surg. - 1995. - Jun. 130 (6). - P. 597-602
10. Genest J.F., Nanos E. et al. Bening biliary strictures - an analytic review (1970-1984). //Surgery. - 1986. - 99. - № 4. - P. 409-413.
11. Greaney M. G. A clinical and an experimental study of suture sinuses in abdominal wounds. //Surg. Gynecol. Obstet. - 1982. - 155. - P. 712-716.
12. Lygidakis N.J., Carlei F. Structural and functional biliary tree changes secondary to extrahepatic biliary obstruction. //Endoscopy. - 1989. - Suppl. 1 - № 21. - 2. - P. 321-323.
13. Mercado M.A., Orozco H., Lopez-Martinez L.M. Perez del Villar A.P., Tielve M., Martinez R. Survival and quality of life after bile duct reconstruction for iatrogenic injury. //HPB - 2000. - 2. - N 3. - P. 321-324.
14. Худерле Б. и соавт. Хирургия желчных путей. - Прага, 1982.
15. Rueff F.L., Meisner H. Zur Therapie der Gallengangsstenosen. Langenbecks. //Arch. Chir. - 1972. - 331. - № 2. - P. 87-107

LATE RESULTS OF SURGICAL MANAGEMENT OF BILIARY DUCT STRICTURES

**V.I. MALYARCHUK, Yu. F. PAUTKIN, A.E. KLIMOV, N.Ph. PLAVUNOV,
ZEAITER ALI HUSEIN**

Department of Surgery PFUR, Miklukho-Maklaya st., 8, Moscow, Russia, 117198
Medical Department

The authors analyze late results of treatment of 58 patients who were operated on for biliary duct strictures in different way. Good result was noted in 86,2%.

РОССИЙСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ДРУЖБЫ НАРОДОВ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР