

УДК 616.367-018-089

Роль гистологического исследования тканей желчных протоков в гепатобилиарной хирургии

М.А. СЕЙСЕМБАЕВ, М.Е. РАМАЗАНОВ, Д.С. ТОКСАНБАЕВ, Е.А. ЕНИН, О.Т. ИБЕКЕНОВ, Н.К. САДЫКОВ, А.С. ИСБАМБЕТОВ, Е.Б. АБДРАШЕВ

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Республика Казахстан, Алматы

Сейсембаев Манас Ахметжарович

председатель совета директоров акционерного общества «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова» 050004, Казахстан, г. Алматы, ул. Желтоқсан, д. 62 тел.: +7 (727) 279-99-61, +7 (727) 279-95-05

В статье представлены результаты хирургического лечения 124 пациентов с рубцовыми стриктурами желчных протоков. С целью выявления распространенности рубцовой ткани и определения дальнейшей тактики интраоперационно проводили срочное гистологическое исследование тканей желчных протоков. Благодаря анализу результатов срочного гистологического исследования выбиралась адекватная тактика оперативного лечения рубцовых стриктур желчных протоков. Получены хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты.

Ключевые слова: гепатикоюноанастомоз, гистологическое исследование, стриктуры желчных протоков, рубцовая ткань, стеноз билиодигестивного анастомоза.

The role of histological investigation of bile ducts tissues in hepatobiliary surgery

M.A. SEISEMBAYEV, M.E. RAMAZANOV, D.S. TOKSANBAYEV, E.A. ENIN, O.T. IBEKENOV, N.K. SADYKOV, A.S. ISBAMBETOV, E.B. ABDRASHEV

National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Republic of Kazakhstan, Almaty

Article presents the results of surgical treatment of 124 patients with cicatricial strictures of bile ducts. In order to identify the prevalence of scar tissue and determine the further tactics performed intraoperative was determined express histological investigations of bile ducts tissues. Analysis of the results of express histological investigations allowed to choose an adequate tactics of surgical treatment of cicatricial strictures of the bile ducts. Authors received good or satisfactory long-term results.

Key words: hepaticojunoanastomosis, histological investigations, bile duct stricture, scar tissue, stenosis of biliodigestive anastomosis.

Количество операций на внепеченочных желчных протоках, проводимых во всем мире, остается достаточно большим и достигает 12,6-47,7% от всех хирургических вмешательств. Различные осложнения в ближайшем и отдаленном периодах после хирургических вмешательств на желчных протоках встречаются в 10-35% случаев [1, 2].

Рост хирургической активности при заболеваниях желчных путей влечет за собой увеличение количества интраоперационной травмы желчных протоков до 1,16% и увеличение числа больных с неудовлетворительными результатами после хирургических вмешательств на желчных протоках. При этом в 83-95% наблюдений

желчные протоки повреждаются при холецистэктомии [3-5].

В 10-35% случаев оперативные вмешательства на внепеченочных желчных протоках сопровождаются развитием поздних послеоперационных осложнений, ведущее место среди которых занимают рубцовые стриктуры желчных протоков, а также рубцовые деформации билиодигестивных анастомозов, образующиеся в области наложенных швов, которые требуют повторных реконструктивных оперативных вмешательств, направленных на восстановление адекватного оттока желчи [6, 7].

Хирургическое лечение рубцовых стриктур желчных протоков и стеноза билиодигестивных анастомозов яв-



ляется крайне актуальными с научной и практической точек зрения. Тем более что эти тяжелые заболевания возникают в значительном проценте случаев у людей в молодом, трудоспособном возрасте, вызывая в течение длительного времени состояние инвалидности.

Материал и методы

В ННЦХ им. А.Н. Сызганова с 2007 по 2012 г. было выполнено 124 реконструктивных операции при рубцовых стриктурах желчных протоков с прецизионным наложением швов анастомоза. Возраст больных варьировал от 18 до 75 лет. Женщин было 93 (75%), мужчин — 31 (25%). При поступлении в клинику симптомы механической желтухи были у 57 (45,9%), холангита — у 43 (34,7%), наружный желчный свищ — еще у 24 (19,4%) больных.

В диагностике рубцовых стриктур желчных протоков применяли различные инструментальные исследования. Наиболее полную информацию о состоянии билиарного дерева, уровне и протяженности стриктуры получали при магниторезонансной холангиопанкреато-

графии. Кроме того, информацию о состоянии желчных протоков получали при ультрасонографии, ретроградной холангиопанкреатографии, чрескожной чреспеченочной холангиографии и фистулографии.

Нами был разработан и внедрен в клиническую практику «Способ хирургического лечения рубцовых стриктур желчных протоков» (Предпатент РК № 22347 от 2008 г.), позволивший улучшить отдаленные результаты.

Способ реализуют следующим образом: после разделения сращений и выделения желчных протоков в пределах видимых здоровых тканей иссекают рубцово-измененные стенки гепатикохоледоха и направляют на срочное гистологическое исследование. При выявлении диффузного воспалительного процесса, рыхлой неоформленной соединительной ткани по краям стенки желчных протоков прецизионно выполняют бескаркасный гепатикоюноанастомоз (рис. 1, 2). При обнаружении в иссеченной стенке желчного протока избыточного разрастания грубоволокнистой соединительной ткани со сдавлением железистых,

Рисунок 1.

Диффузный воспалительный процесс (окраска гематоксилин иозином, ув. x 100)

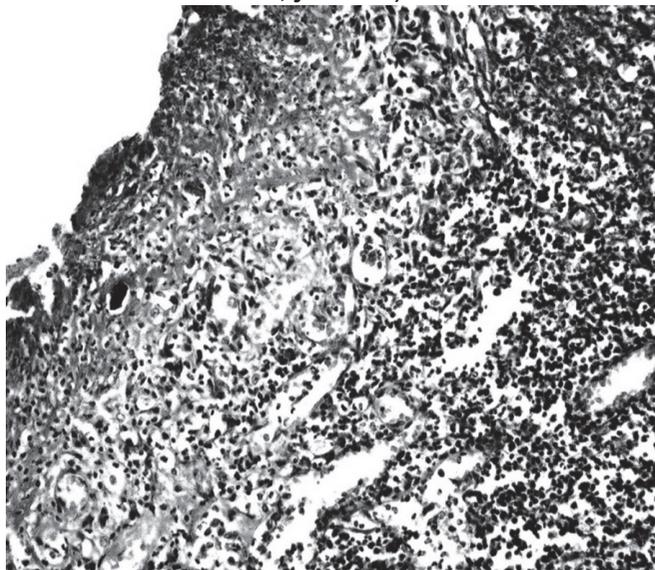


Рисунок 2.

Неоформленная соединительная ткань (окраска микрофуксином по Ван Гизону, ув. x 200)

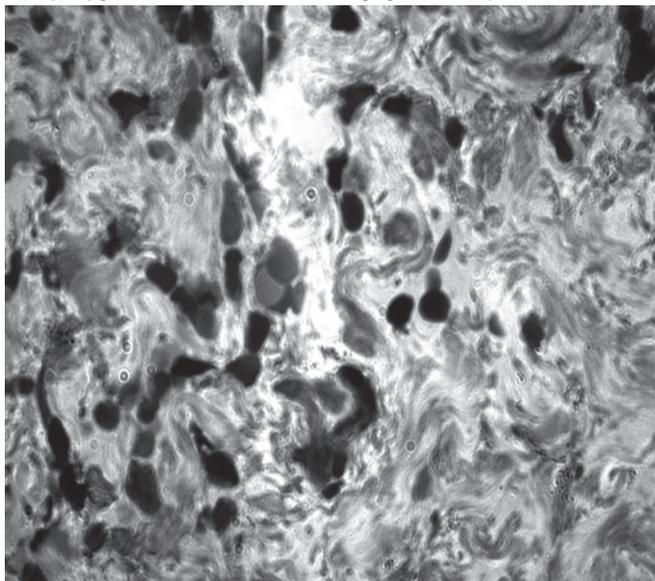


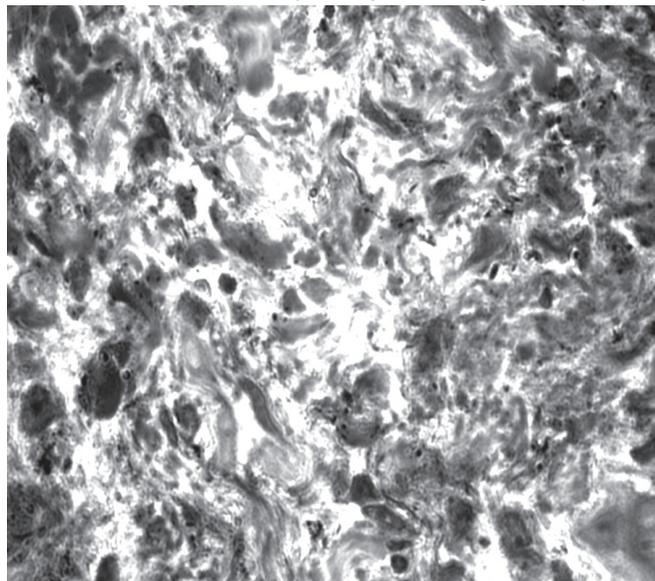
Рисунок 3.

Разрастание грубо-волокнутой соединительной ткани (краска гематоксилин-эозином, ув. x 100)



Рисунок 4.

Разрастание соединительной ткани со сдавлением железистых элементов (ШИФ-реакция, ув. x 200)



нервных и сосудистых элементов (рис. 3, 4) дополнительно иссекаем рубцовую ткань выше до 0,5 см, для повторного срочного гистологического исследования.

Результаты срочного гистологического материала были подтверждены традиционными морфологическими и электронно-микроскопическими исследованиями. Изучена связь между комплексным морфологическим (светлооптическим, электронно-микроскопическим) исследованием и экспресс-биопсией. При проведении экспресс-биопсии отмечена возможность достаточно полной характеристики склерозирующих и воспалительных процессов иссеченной стенки желчных протоков, предрасполагающих к определенному виду хирургического вмешательства. Метод срочного определения морфологического состояния иссеченных рубцовых тканей желчных протоков занимает не более 15 мин.

При преобладании грубоволокнистой соединительной ткани с выраженными склерозированными очагами гиалинозов при повторных подтверждениях срочного гистологического исследования, выполняли каркасное транспеченочное дренирование зону гепатикоюноанастомоза, так как высок риск возникновения стеноза анастомоза на фоне воспаленной и рубцово-измененной ткани желчного протока.

Гепатикоюноанастомоз фиксировался однорядным узловым швом, атравматической нитью 4/0-5/0, при этом слизистая оболочка желчного протока сопоставлялась серозно-мышечным слоем тощей кишки. Операцию заканчивали гемостазом по ходу операции и подведением трубчатого контрольного дренажа в подпеченочное пространство к зоне анастомоза.

По классификации Bismuth (2002), стриктуры желчных протоков распределялись следующим образом: у 5 (4,1%) больных была стриктура I типа, у 56 (45,0%) больных — II типа, у 48 (39,0%) больных — III, у 11 (9,0%) больных — IV и у 4 (3,0%) больных — V типа.

В зависимости от типа стриктур желчных протоков выполнены следующие оперативные вмешательства; гепатикоюноанастомоз — 53 больным, бигепатикоюноанастомоз — 47 больным, тригепатикоюноанастомоз — 10 больным, тетрагепатикоюноанастомоз — 4 больным, в 6 случаях произведено разобщение холедоходуоденоанастомоза с наложением гепатикоюноанастомоза на изолированной РУ петле, в 1 случае вскрытие холангиогенного абсцесса, разобщение ГЕА с реконструкцией на биГЕА, в 1 случае разобщение биГЕА с реконструкцией на триГЕА, в 2 случаях регепатикоюноанастомоз.

Пациенты находились на стационарном лечении от 9 до 21 суток. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 5 больных: гематома подпеченочного пространства у 1 больного, желчеистечение

с частичной несостоятельностью билиодигестивного анастомоза у 3 больных, нагноение и эвентрация раны у 2 больных.

Результаты и их обсуждения

Все оперативные вмешательства при рубцовых стриктурах желчных протоков были направлены на восстановление адекватного желчеоттока. При реконструктивных операциях у больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков использовали монофиламентный шовный материал и прецизионную технику. С полным иссечением рубцовой стриктуры в пределах здоровых тканей и проведением срочного гистологического исследования рубцово-воспалительных тканей желчных протоков во время операции, позволило уменьшить количество неудовлетворительных ближайших и отдаленных результатов.

Отдаленные результаты были прослежены у 76 больных с помощью метода анкетирования и осмотра при повторном обращении. Сроки наблюдения от 4 месяцев до 5 лет. Хороший результат — в 67 (88,2%) случаях, отсутствовали жалобы и объективные признаки наличия патологий желчевыводящих путей. Больные ведут привычный образ жизни. Удовлетворительные результаты — у 6 (7,9%) больных, периодически беспокоят тяжесть и чувства дискомфорта в правом подреберье, связанные с погрешностями в диете и физической нагрузкой. Неудовлетворительные результаты получены у 3 (3,9%) больных, в отдаленном периоде возник стеноз билиодигестивного анастомоза, для устранения, которого были выполнены повторные операции. Анализ результатов лечения показал, что благодаря использованию предложенной тактики и методов лечения, хороших и удовлетворительных результатов удалось достичь у 96,1% больных.

Заключение

Лучшие результаты получены при формировании билиодигестивного анастомоза с использованием петли тонкой кишки с межкишечным анастомозом и отключенной по Ру с дополнительным срочным гистологическим исследованием ткани желчного протока. Использование каркасного дренирования показано при невозможности удаления всей рубцовой ткани, циррозе печени, переходе воспалительно-склеротических процессов на сегментарные протоки.

Таким образом, интраоперационное срочное гистологическое исследование иссеченных рубцово-воспалительных тканей желчных протоков позволяет определить наиболее оптимальную тактику в хирургическом лечении рубцовых стриктур желчных протоков, а также уменьшит осложнения, снизить риск развития рубцового стеноза билиодигестивного анастомоза, улучшит отдаленные результаты и качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руководство по хирургии желчных путей // под ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. — М., 2006. — С. 542-551.
2. Пауткин Ю.Ф., Климов А.Е. Хирургия желчных путей. — М., 2007. — С. 291.
3. Диагностика и хирургическое лечение стриктур гепатикоюноанастомозов. Учебно-методическое пособие // А.В. Воробьев, Ю.Н. Орловский, Е.И. Вижинис, С.В. Александров. — Минск: БелМАПО, 2011. — 26 с.
4. Выбор оптимальной хирургической тактики при рубцовых стриктурах желчных протоков: автореф. дис. ... на соискание ученой

степени канд. мед. наук // О.Т. Ибекенов. — Алматы, 2010.

5. Yan J.Q., Peng C.H., Ding J.Z. et al. Surgical management in biliary restructure after Roux-en-Y hepaticojejunostomy for bile duct injury // World J Surg. — 2007. — Vol. 28. № 13 (48). — С. 6598-602.

6. Олисов О.Д., Кубышкин В.А. Травма желчных протоков и ее последствия // Анналы хирургической гепатологии. — 2005. — Т. 10, № 1. — С. 113-121.

7. Нечитайло М.Е., Скумс А.В. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия. — К. Макомб, 2006. — 344 с.