

Коханенко Н.Ю.

**СЛЕДУЕТ ЛИ ФОРМИРОВАТЬ
БИЛИОБИЛИАРНЫЙ АНАСТОМОЗ
ПРИ ЯТРОГЕННОМ (циркулярном)
ПОВРЕЖДЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ?**

*Государственная педиатрическая академия,
г. Санкт-Петербург*

Наш опыт лечения ЯПЖП составляет более 200 операций (большая часть больных оперирована проф. Н.Н. Артемьевой). Но в данной работе хотелось бы остановиться на одном вопросе. Стоит ли накладывать билиобилиарный анастомоз (ББА) при циркулярном повреждении протока, даже если это выявлено во время операции?

Целью работы являлось определение целесообразности наложения билиобилиарного анастомоза (ББА) (в том числе и при интраоперационном выявлении) при ятрогенном полном пересечении гепатикохоледоха.

Материалы и методы. По поводу рубцовой стриктуры на месте ББА оперирован 41 больной (или 19,8% от всех рубцовых стриктур желчных протоков, оперированных нами). Мужчин было 5, женщин – 36. Возраст больных колебался от 30 до 67 лет, составив в среднем 54,3 года. В 11 случаях ББА был наложен сразу после попытки ЛСХЭ и ЯПЖП, еще в 14 случаях ЯПЖП было выявлено во время открытой операции и хирурги сразу наложили ББА, в остальных 16 случаях ББА был наложен в сроки 1-8 суток.

Четыре больных были оперированы проф. Н.Н. Артемьевой до 1990 года сразу после выявления ЯПЖП (послеоперационный период при этом во всех случаях протекал гладко), 37 пациентов поступали в клинику и стационары города из других учреждений после наложенных ранее ББА в сроки от 6 до 24 месяцев. Как удалось установить, у 12 из них в раннем послеоперационном периоде развилась несостоятельность ББА, у 5 – сформировался наружный желчный свищ, у 3 – внутренний билиодигестивный свищ. Остальные 4 – были оперированы по поводу желчного перитонита, в 3 случаях им был наложен билиодигестивный анастомоз (БДА), в одном – лишь наружное дренирование желчных протоков. До поступления в клинику больные были оперированы от одного до пяти раз, причем 14 из них (34,1%) два раза, а 11 (26,8%) – три и более раз (иссечение стриктуры и наложение повторного ББА при этом было осуществлено 7 пациентам, в остальных случаях формировали различные варианты БДА без каркасного дренирования желчных протоков). Всего 41 больному было выполнено 72 операции.

При поступлении у большинства больных имелись осложнения рубцовой стриктуры желчных протоков на месте ББА: механическая желтуха была у 35 пациентов (85,4%), острый холангит – у 32 (78,0%), в т.ч. у 5 – были выявлены холангиогенные абсцессы печени (12,2%). Наружный желчный свищ имелся у 6 больных (14,6%), вторичный холелитиаз протоков – у 5 (12,2%), еще у 4 – обнаружен подпеченочный абсцесс (9,8%).

Для диагностики заболевания, определения характера повреждения протоков, состояния печени,

желудка, двенадцатиперстной кишки кроме обычных клиничко-лабораторных методов применяли ФГДС, УЗИ, КТ, методы прямого контрастирования желчных протоков (фистулохолангиографию, эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХГ) и чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ), а в последние годы и магнитнорезонансную холангиографию.

Результаты. Локализация и число наблюдений рубцовых стриктур желчных протоков на месте ранее наложенных ББА представлен в таблице 1.

Таким образом, у 34 (82,9%) больных был выявлен высокий тип стриктуры.

При стриктуре ББА или последующего БДА нами были сформированы различные варианты билиодигестивных анастомозов : гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) – 20 (48,8%), бигепатикоеюноанастомоз – 17 (41,5%), тригепатикоеюноанастомоз – 1 (2,4%), ГЕА с долевыми протоками наложены 3 больным (7,3 %) . Билио-билиарные анастомозы не формировали.

При создании БДА предпочтение отдавали чрезанастомозному дренированию протоков. **Обсуждение.** Вроде бы имеются очевидные физиологические преимущества ББА: сшиваются однородные ткани, восстанавливается естественный желчеотток, создается нормальная система защиты протоков от рефлюкса пищи и микробного обсеменения – сохраняется «автономность» печени, благодаря сохранению замыкательной функции большого дуоденального сосочка. Кроме того , формировать ББА технически гораздо проще (особенно если диастаз между концами пересеченного протока совсем незначительный). Ранее в литературе сообщали о таких восстановительных операциях, писали о благоприятных непосредственных результатах. Однако, проанализировав отдаленные результаты ББА при ЯПЖП, даже сторонники восстановительных операций от них отказались (А.А. Шалимов и соавт., 2000). Так, в одной из работ 2000 года А.А. Шалимов сообщает о том, что в его клинике ранее было выполнено 150 ББА, что составило 23,6% от всех операций при ЯПЖП. Результаты этих операций подробно не анализируются, но в конце статьи авторы сообщают «... с 1985 года мы пересмотрели показания к восстановительным операциям, резко сократив их количество в связи с повышенным риском рестриктуры в области шва протока.».

В работах Э.И. Гальперина и его сотрудников (1982) показано, что рубцовая стриктура желчных протоков диаметром 1 мм на протяжении 1 см практически не влияет на холерез . Значит клиническая картина появляется при более значительном уменьшении просвета стриктуры. Поэтому на определенном этапе и бывает эффективным консервативное лечение, но желчная гипертензия сохраняется и врачи, которые надеются на чудо, обрекают больного на длительные страдания, холангит, билиарный цирроз, но пытаются оттянуть неминуемую реконструктивную операцию, которая при развитии осложнений более рискованна.

Несмотря на то, что у всех 4 больных, оперированных проф. Н.Н. Артемьевой, осложнений после операции не было, в течение двух лет у них сформировалась рубцовая стриктура на месте ББА.

Приведем данные других видных отечественных билиарных хирургов, имеющих большой опыт реконструктивной хирургии желчных протоков. Э.И. Гальперин и Н.Ф. Кузовлев (1996) сообщают, что они в 5 случаях накладывали ББА при «свежей» травме протоков. В раннем послеоперационном периоде осложнений не было, стриктура ББА развилась через 2, 3 и 8 месяцев у 3 больных. Авторы считают, что вероятность рубцевания ББА очень велика и накладывать его не рекомендуют. По данным руководителя отдела хирургии желчевыводящих путей института клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины проф. М.Е. Нечитайло (1999), стриктуры после наложения ББА наступают более чем в половине случаев, поэтому в упомянутой клинике ББА не рекомендуют накладывать. Известный московский билиарный хирург проф. С.И. Емельянов и соавт. (2005) так же сообщают о 9 наблюдениях, когда они наложили ББА при интраоперационном выявлении ЯПЖП. Далее говорится, что в 8 случаях (88,9 %) результаты операции были неудовлетворительными и потребовалось выполнение повторной реконструктивной операции. Авторы пришли к выводу, что ББА должен формироваться лишь в исключительных случаях, когда стенка протока уплотнена, его диаметр не менее 7-8 мм, а выполнение реконструктивной операции по тем или иным причинам не показано.

Пластика желчного протока с использованием Т-образного дренажа возможна лишь в случаях

Таблица 1

Локализация и число наблюдений рубцовых стриктур желчных протоков на месте ранее наложенных ББА (по Bismuth-Гальперину, 2003).

Локализация повреждения	Число наблюдений
Правый долевого проток	2 (4,9%)
Левый долевого проток	1 (2,4%)
Стриктура - 2	1 (2,4%)
Стриктура 0 - -1	17 (41,5%)
Стриктура 0 - +1	13 (31,7%)
Стриктура +1 - +2	7 (17,1%)
Всего	41 (100%)

менее травматичных повреждений гепатикохоледоха (пристеночные повреждения не превышающие четверти окружности протока).

При выполнении ББА при циркулярных повреждениях, даже при наличии идеальных для этого условий, риск последующего развития стриктуры протока очень велик. Аналогичные данные приводит А. Strendes с соавт., 1989. Как свидетельствует наш опыт и данные других авторов, билиобилиарные анастомозы, несмотря на кажущиеся простоту формирования и физиологичность, подвергаются рубцеванию в течение 1-2 лет после операции в 80-100% случаев (Шалимов А.А., 2000; Гальперин Э.И., 2004; Емельянов С.И., 2006; Toschi A. et al, 1996 и др.). Применять этот анастомоз при свежем циркулярном пересечении протока нецелесообразно. Причина развития стриктур ББА кроется в анатомических особенностях кровоснабжения стенки желчного протока – кровеносные сосуды идут вдоль протока (Parke W.P., 1963). Следовательно при его пересечении нарушается кровоснабжение гепатикохоледоха, которое не восстанавливается после наложения ББА. И если при пересечении протока во время «открытой» холецистэктомии есть хотя бы небольшие надежды на надежность ББА, то после лапароскопических ЯПЖП стриктура формируется у всех. По-видимому, именно комбинированное (механическое и термическое) воздействие на стенку протока вызывает длительный асептический воспалительный процесс, и как следствие, рубцевание анастомоза [Вишневский В.А., Кубышкин В.А., 2005; Sarmiento J.M., et al.; 2004].

Заключение. Таким образом, наш опыт и данные литературы свидетельствуют, что даже при интраоперационном выявлении циркулярного пересечения гепатикохоледоха ББА формировать не следует, т.к. в течение года он почти всегда рубцуется (даже при формировании ББА билиарными хирургами высокого класса). Оптимальным методом восстановления желчеоттока при циркулярных повреждениях внепеченочных желчных протоков является формирование анастомоза между проксимальным отделом желчного протока и тонкой кишкой, выключенной по Ру. Для анастомоза следует использовать сегмент тонкой кишки длиной не менее 60 см (для профилактики холангита). Желчный анастомоз необходимо накладывать однорядным узловым швом атравматическими иглами с монофиламентными нитями (нерассасывающимися – пролен или рассасывающимися – викрил, максон 4/0, 5/0).