

## Рубцовые стриктуры желчных протоков: наш опыт хирургического лечения

А. А. Шалимов,

В. М. Копчак,

В. П. Сердюк,

И. В. Хомяк,

А. И. Дронов

Институт клинический и экспериментальной хирургии АМН Украины (директор член-корр. АН н АМН Украины В.Ф. Саенко), г. Киев

Представлен опыт хирургического лечения 634 больных с Рубцовыми стриктурами желчных протоков. Восстановительные операции выполнены у 150 (23.6%) больных. Пересмотрены показания к их выполнению, резко сокращено количество выполняемых восстановительных операций. Реконструктивные оперативные вмешательства выполнены у 484 (76.4%) пациентов. Каркасное транспеченочное дренирование применено у 335 (52.8%) больных, преимущественно использованы управляемые дренажи типа Saupol. Пересмотрена оперативная тактика в отношении каркасного дренирования создаваемых анастомозов в сторону отказа от него при возможности наложения адекватного анастомоза на любом уровне поражения желчных протоков. Разработан и успешно применен у 45 больных способ наложения билиодигестивных бескаркасных анастомозов с долевыми протоками с использованием ультразвукового аспиратора. Общая послеоперационная летальность составила 3.2%. Рецидивы, потребовавшие повторной хирургической коррекции, отмечены у 6.4% оперированных пациентов.

## Benign Bile Ducts Strictures: Our Experience of the Management

A. Shalimov,

V. M. Kopchak,

V. P. Serdjuk,

I. V. Khomjak,

A. I. Dronov

Clinical and Experimental Surgery Institute Ukrainian AMSci (Director - Academician ASci and AMSci of Ukrain - V.F. Saenko), Kiev

Our Experience of surgical management of 634 benign bile ducts strictures is presented. Surgical repair was undertaken in 150 (23.6%) patients. Their indications were revised and their number strictly cut. Reconstructive surgery was performed in 585 (76.4%) patients. Saupol stents were applicated predominantly (335 ~ 52.8% cases). Relationship to anastomose stenting was also revised its application rate was reduced. Original tool of biliodigestive anastomosis with lobular bile ducts, using ultrasonic aspirator, were performed in 45 patients. Total postoperative mortality rate was 3.2%. Recurrences, demanding secondary surgical repair, were stated in 6.4% of operated patients.

Рубцовые стриктуры желчных протоков являются осложнением заболеваний или повреждений органов гепатобилиарной системы. Реже рубцовые стриктуры имеют воспалительный характер или возникают в результате первичного склерозирующего холангита [3-5, 7, 12]. В 95-97.4% случае заболевание является следствием ятрогенного повреждения желчных протоков, неправильного их дренирования или грубых хирургических манипуляций на протоках во время выполнения холецистэктомии [8-11].

Повторные реконструктивные и восстановительные операции на желчевыводящих протоках - одни из наиболее сложных в абдоминальной хирургии [2, 6]. Послеоперационная летальность колеблется в пределах 5-10%, а число рецидивов заболевания превышает 20%. Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с Рубцовыми стриктурами желчных протоков, снижение послеоперационной летальности, профилактика рецидивов заболевания.

### Материалы и методы

Мы располагаем опытом хирургического лечения 634 больных с Рубцовыми стриктурами желчных протокой, находившихся на лечении в клинике института с 1972 по 1998 г. Высокие стриктуры (III-V тип по Bismuth) отмечены у 356 (56.1%) больных, низкие стриктуры желчных протоков (I-II тип по Bismuth) имели место у 278 (43.9%) пациентов.

Диагностические мероприятия у больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков были направлены на установление уровня стриктуры, протяженности пораженного участка, определение состояния желчного протока выше и ниже уровня поражения. С этой целью в комплексе диагностических мероприятий считаем необходимым включение методов прямого контрастирования желчных протоков, эндоскопической ретроградной или чрескожной чреспеченочной холангиографии, а у больных с наружным желчным свищем - фистулохолангиографии. Наиболее информативным методом по нашим данным является комбинированное контрастирование желчных протоков, т.е. сочетание эндоскопической ретроградной холангиографии с чрескожной чреспеченочной или фистулографией.

<b>Таблица 1. Характер восстановительных операций у больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков</b>		
Вид операции	Количество	%
Пластическое перемещение стенок холедоха	91	60.7
Билио-билиарный анастомоз	50	33.3
Бужирование стриктуры с последующим каркасным дренированием	9	6.0
Всего	150	100

Комплексное обследование больных с применением указанных методов позволило установить правильный дооперационный диагноз у 96.4% пациентов.

Наличие рубцовой стриктуры желчного протока с нарушением пассажа желчи считаем абсолютным показанием к оперативному вмешательству. При неполной стриктуре с частично сохранным пассажем или при наличии наружного желчного свища показания к операции устанавливали индивидуально в зависимости от степени выраженности холангита. У 3.2% больных мы применяли 2-этапное лечение, первым этапом которого было широкое наружное дренирование желчных протоков. Показанием к наружному дренированию служили гнойный холангит с образованием абсцессов печени, абсцессов в области ворот печени, а также выраженная печеночно-почечная недостаточность на фоне высокой (свыше 300 ммоль/л) билирубинемии.

Способ наиболее рационального и адекватного восстановления желчеоттока выбирали непосредственно во время операции (после иссечения рубцово измененных тканей) с учетом состояния проксимального и дистального отделов общего желчного протока и диастаза между ними.

С целью восстановления адекватного желчеоттока мы применяли операции двух видов: восстановительные и реконструктивные. Восстановительные операции предусматривали воссоздание естественного желчеоттока с использованием запирающей функции большого дуоденального сосочка и выполнены у 150 (23.6%) больных (таблица 1).

Пластическое перемещение стенок холедоха предусматривало выполнение операции типа Гейнеке-Микулича. Билиобилиарные анастомозы по типу "конец в конец" накладывали по модифицированной нами методике, предусматривавшей продольное рассечение передней и задней стенки проксимального и дистального отделов желчного протока с целью наложения максимального широкого анастомоза (рис. 1).

Для выполнения подобного типа операций диастаз между отрезками протока после иссечения стриктуры не должен превышать 20 мм при гарантированной проходимости дистального отдела холедоха.

Бужирование стриктуры, как правило, сопровождалось длительным каркасным дренированием при помощи управляемых дренажей и применялось в исключительных случаях при частичной рубцовой стриктуре холедоха у больных с тяжелыми поражениями печени в результате длительной желтухи и холангита.

К сожалению, в условиях выраженного спаечного процесса и инфильтрации тканей дифференциация и мобилизация дистального и проксимального отделов холедоха представляет значительные технические трудности. Поэтому, несмотря на очевидные физиологические преимущества восстановительных методик (сшиваются однородные ткани, восстанавливается естественный желчеотток, воссоздается нормальная система защиты протоков от рефлюкса пищи и микробного обсеменения), удельный вес их в лечении. Рубцовых стриктур незначительный. Кроме того, с 1985 г. мы пересмотрели показания к восстановительным операциям, резко сократив их количество в связи с повышенным риском рестриктуры в области шва протока.

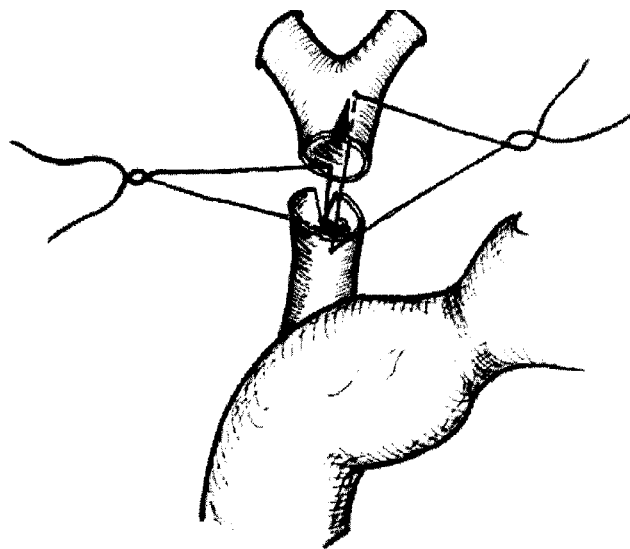


Рис. 1. Схема наложения билиобиларного анастомоза.

Реконструктивные операции предусматривали формирование билиодигестивных анастомозов различного типа и выполнены у 484 (76.4%) больных (таблица 2).

Операции с применением транспеченочного каркасного дренирования выполнены у 335 (52.8%) больных. Мы отдавали предпочтение управляемым транспеченочным дренажам типа Saupol. Эти дренажи позволяют осуществить дренирование на протяжении любого заданного срока, легко меняются и позволяют осуществлять активные вмешательства в зоне анастомоза. Сроки дренирования определяли по принципу - чем выше уровень стриктуры и чем уже анастомоз, тем продолжительнее дренирование. С целью активной профилактики рубцовых стенозов создаваемых анастомозов и сокращения сроков каркасного дренирования, начиная с 1984 г., мы применяли у больных указанной группы разработанную нами методику бесшовного билиодигестивного анастомозирования с активной дилатацией созданных анастомозов при помощи специального дилатора, который проводили в просвет анастомоза через канал, образованный каркасным дренажом. Применение данной методики позволило сократить сроки каркасного дренирования в 2.27 раза (с 16-18 до 7-9 месяцев) при хороших отдаленных результатах.

С целью устранения неудобств наружного транспеченочного каркаса для больного нами разработан способ хирургического лечения рубцовых стриктур желчных протоков, предохраняющий от рецидива стриктуры и позволяющий отказаться от длительного наружного каркасного дренирования анастомоза. Методика основана на использовании постоянных внутренних каркасов. Последний представляет собой цилиндр диаметром 4—10 мм высотой 15—20 мм из танталовой проволоки с размером ячеек 4 x 2 мм. Для наложения билиодигестивных анастомозов используется каркас, выполненный в виде трубки, заканчивающейся конусовидным расширением под углом 120° к ее оси (рис. 2). По указанной методике выполнены 21 реконструктивная и 7 восстановительных операций с хорошими отдаленными результатами.

В последние годы нами пересмотрена тактика в отношении каркасного дренирования создаваемых анастомозов. Выполняя основную функцию, каркасные дренажи, как инородное для организма тело и источник инфекции, поддерживают в зоне дренирования постоянное воспаление. Это приводит в ряде случаев к прогрессированию хронических воспалительных процессов,

поддерживает в зоне дренирования постоянное воспаление. Это приводит в ряде случаев к

Таблица 2. Характер реконструктивных операций у больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков

Вид операции	Количество	%
Гепатикодуоденостомия	27	5.5
Холедоходуоденостомия	33	6.8
Гепатикоюностомия	384	79.5
Холедокоюностомия	40	8.2
Всего	484	100

прогрессированию хронических воспалительных процессов в паренхиме печени, вплоть до развития билиарного цирроза, и повышает риск развития рестриктуры в области анастомоза.

Поэтому мы отказываемся от того или иного каркаса на любом уровне поражения желчных протоков при обязательном соблюдении следующих условий: максимально полное иссечение рубцово измененных тканей желчного протока, тщательное сопоставление слизистых оболочек, сшиваемых в анастомозе, наложение максимально широкого (от 15 мм) анастомоза.

Для наложения анастомозов у больных с высокими стриктурами (111-V типа по Bismuth) желчных протоков у 50 больных мы использовали модифицированную методику Нерр. Методика предусматривает наложение анастомоза с выключенной из пищеварения истлей тонкой кишки и долевыми протоками с предварительным продольным рассечением левого и правого долевого протоков для создания максимально широкого соустья.

С этой же целью нами разработан способ наложения билиодигестивных анастомозов с долевыми протоками с использованием ультразвукового аспиратора, позволяющего максимально выделить долевой проток из паренхимы печени на протяжении не менее 1.5-2 см его непораженного участка. Проток рассекается продольно и накладывается анастомоз с петлей топки кишки, выключенной из пищеварения по Ру (рис. 3). По указанному способу оперировано 15 больных с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

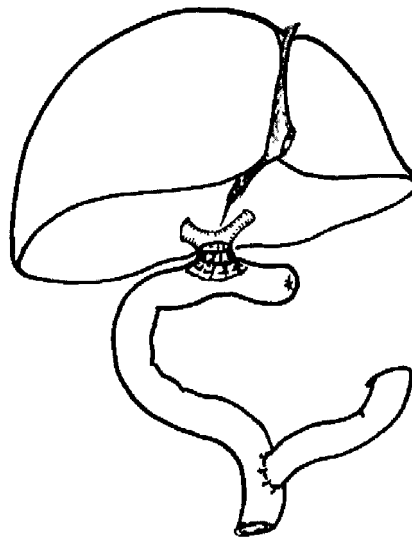


Рис. 2. Схема анастомоза с использованием постоянных внутренних каркасов.

### Результаты и обсуждение

Единственным радикальным методом лечения рубцовых стриктур желчных протоков является своевременная и полноценная хирургическая их коррекция. Все оперативные вмешательства при рубцовых стриктурах направлены на восстановление адекватного желчеоттока. Анализ результатов лечения показал, что благодаря использованию предложенной тактики и методов лечения хороших и удовлетворительных результатов удалось достичь у 90.4% больных со стриктурами, желчных протоков. Общая послеоперационная летальность составила 3.2%. Основной причиной

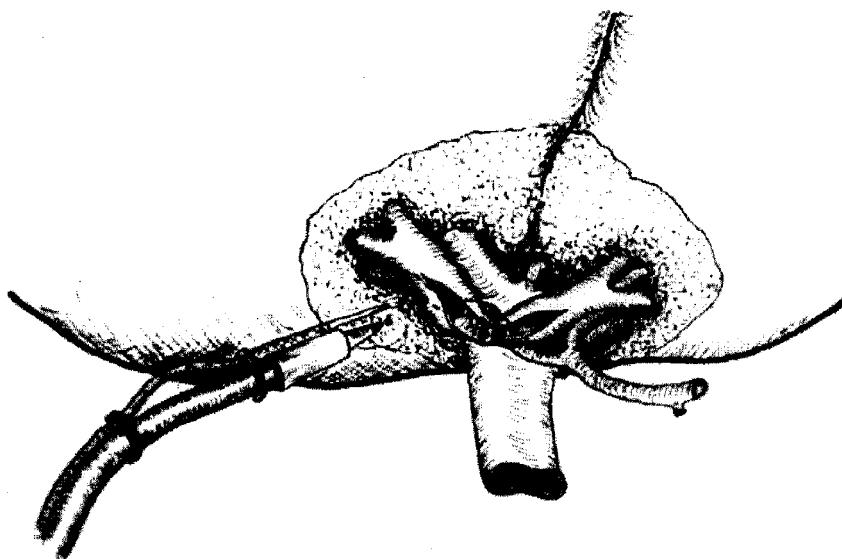


Рис. 3. Схема наложения билиодигестивного анастомоза с использованием ультразвукового аспиратора.

смерти была печеночно-почечная недостаточность. Рецидивы заболевания, потребовавшие повторных оперативных вмешательств, отмечены у 6.4% оперированных больных.

В последние 10 лет мы считаем оправданным наложение анастомоза без длительного каркасного дренирования даже при высоких стриктурах долевых протоков. Ибо каркас как источник инфекции и средство поддержания постоянного холангита [9], предрасполагает к развитию рубцовой ткани в результате задержки процессов созревания соединительной ткани [1, 2]. Поэтому мы считаем, что наложение широкого (от 15 мм) анастомоза с тщательным сопоставлением слизистых и радикальным иссечением измененных тканей является лучшей профилактикой рестриктуры анастомоза, чем длительное его каркасное дренирование. Кроме того, риск развития холангиогенных абсцессов печени и билиарного цирроза сыграли немаловажную роль в пересмотре оперативной тактики.

Мы не призываем полностью отказываться от каркасного дренирования. Но анализ результатов хирургического лечения рубцовых стриктур показывает, что анатомические условия в зоне операции для наложения бескаркасного анастомоза имеют место у подавляющего большинства больных.

В последние годы, в результате широкого применения разработанных нами методов, мы не отмечали рецидивов заболевания у оперированных в клинике больных.

### **Список литературы**

1. *Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Карагюлян С.Р.* Рубцовые стриктуры желчных протоков. М., 1982. 240 с.
2. *Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М.* Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. М., 1987. 335 с.
3. *Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф.* Рубцовые стриктуры печеночных протоков и области их слияния (стриктура О). Хирургия, 1995. 1: 26-31.
4. *Малиновский Н.Н., Милонов О.Б., Мовчун А.А.* Тактика хирурга при технически сложных холецистэктомиях. Хирургия, 1980. 6: 3-10.
5. *Нечай А.И., Новиков К.В.* Причины и предрасполагающие обстоятельства случайных (ятрогенных) повреждений желчных протоков при холецистэктомии и резекции желудка. Вест. хир. 1991. 146:4:15-21.
6. *Нихинсон Р.А., Литвиненко И.А.* Повреждения желчных протоков во время операции. Хирургия, 1993. 3:3-8.
7. *Петровский Б.В., Милонов О.Б., Смирнов В.А., Мовчун А.А.* Реконструктивная хирургия при поражении внепеченочных желчных протоков. М., 1980. 304 с.
8. *Шалимов А.А., Копчак В.М., Дронов А.И.* Современные аспекты диагностики и хирургического лечения рубцовой стриктуры желчных протоков. Клин. хир., 1997. С. 135-140.
9. *Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В.* Хирургия печени и желчевыводящих путей. К., 1993. 512 с.
10. *Grill W., Hermess K.* Probleme der Rekonstruktion bei iatrogenen Gallengangsiasionen. Langenbecks Arch Chir. 1980. 353: 105-119.
11. *Mazzeo F., Rendano F., Piccolloni D. et al.* Hepatico-Jejuno-Duodenoplasty for Biliary Stricture. Int Surg. 1984. 69:331-33.
12. *Vogel S.B., Howards R.I., Caridi L., Hawkins J.F.* Evaluation of Percutaneous Transhepatic Ballon Dilatation of Benign Biliary Strictures in High-Risk Patients. Amer. J. Surg. 1985. 149: 73-79.