

На правах рукописи.

ОЛИСОВ ОЛЕГ ДАНИЕЛОВИЧ

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРИКТУРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ.
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, РЕЗУЛЬТАТЫ

14.00.27.- хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва -2006

Работа выполнена в Институте хирургии им А.В. Вишневского РАМН

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор,
член-корреспондент РАМН Кубышкин Валерий Алексеевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Ахаладзе Гурам Германович

доктор медицинских наук, профессор Чжао Алексей Владимирович

Ведущая организация – Российский Государственный Медицинский Университет

Защита состоится «___» _____ 2006 г., в «___» часов

на заседании диссертационного совета Д. 001.019.01

при Институте хирургии им. А. В. Вишневского РАМН

по адресу: 115093, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке

Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН

Автореферат разослан «___» _____ 2006 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,

доктор медицинских наук, профессор:

Коков Л.С.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

Актуальность проблемы. Несмотря на давно отработанную и постоянно совершенствующуюся технику выполнения холецистэктомии, частота повреждений желчных протоков не имеет тенденции к снижению. Авторы, занимающиеся проблемой реконструктивной хирургии внепеченочных желчных путей, отмечают, что, по сравнению с холецистэктомией из традиционного доступа, внедрение лапароскопической холецистэктомии повлекло за собой увеличение частоты повреждений желчных протоков в 2-4 раза, и в процентном соотношении составляет 0,1-3% (Гальперин Э.И., 1998; Robertson A., 1998; Vos P., 2000; Azagra A., 2001; Ahrendt S. & Pitt H., 2001; Voerma D., 2001; Gassaniga G., 2001; Quintero G., 2001; Krahenbuhl L., 2001; Paczynsky A., 2001; Robinson T., 2001; Huang Z.Q., 2002;).

Последствия ятрогенного повреждения желчных протоков способны нанести катастрофический урон здоровью больного, и только своевременно и грамотно выполненная операция способна предотвратить развитие столь тягостных осложнений как билиарный цирроз, портальная гипертензия, гнойный холангит, печеночная недостаточность. Из этого следует, что диагностика повреждений желчных протоков должна быть ранней, однако, в действительности более половины всех повреждений выявляются в послеоперационном периоде (Чернышев В.Н., 2001; Chapman W. 1995; Gigot F., 1997; Ahrendt S. & Pitt H. 2001; Chaudhary A., 2002; Gouma D.J., 2002; Ludwig K., 2002; Seeliger H., 2002).

Сложнейшие в техническом исполнении оперативные вмешательства, направленные на ликвидацию последствия травмы протоков, должны выполняться только в специализированных гепатобилиарных центрах (Chapman W., 1995; Stewart L. & Way L., 1995; Lillemoe K., 2000; Ahrendt S. & Pitt H. 2001; Csendes A., 2001; Robinson T., 2001; Al-Ghnaniem 2002, Chaudhary A., 2002). В случае выполнения операции хирургом, не имеющим достаточного опыта в гепатобилиарной хирургии, смертность возрастает до 30%. В тоже время, если операция производится в специализированном центре, успешный результат фиксируется в 90% (Chapman W., 1995; Lillemoe K., 2000; Voerma D., 2001; Al-Ghnaniem R., 2002; Huang Z.Q., 2002;). «Золотым стандартом» в настоящее время принято считать «высокий» билиодигестивный анастомоз (БДА) на петле тонкой кишки, выключенной по Ру. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в этой сложнейшей области

хирургии, неудовлетворительные результаты даже у самых опытных хирургов, отмечаются в среднем в 10% наблюдений. Чаще всего неудачи отмечаются при операциях, предпринятых по поводу стриктур, разобщающих систему долевых протоков или поражающих один из долевых протоков. Такие больные нуждаются в повторных, иногда неоднократных реконструктивных операциях (не всегда успешных), и их справедливо называют “билиарными калеками” (Huang ZQ, 2002).

Таким образом, сохраняющаяся и не снижающаяся частота повреждений желчных протоков, их катастрофические последствия, сложности в ранней диагностике, трудности в хирургической коррекции, значительное число неудовлетворительных результатов, а также не самое лучшее качество жизни пациентов свидетельствуют о том, что данная проблема является актуальной. До сих пор остается открытым вопрос о причинах рецидивов стриктур, которые наблюдаются у 10% больных, оперированных в специализированных центрах. Также подлежат обсуждению вопросы хирургической тактики, которые зависят от уровня стриктуры. В частности, не определена роль резекции печени как метода лечения стриктур долевых протоков. Указанные обстоятельства диктуют необходимость дальнейшего совершенствования взглядов на данную проблему.

Цель исследования: улучшение результатов реконструктивных операций при рубцовых стриктурах желчных протоков путем совершенствования диагностики и оптимизации хирургической тактики.

Задачи исследования:

1. Определить основные условия развития ранних и поздних стриктур внепеченочных желчных протоков после хирургической коррекции их повреждений.
2. Установить ранние клиничко-лабораторные и инструментальные признаки стриктур желчных протоков.
3. Провести анализ особенностей оперативного лечения больных стриктурами желчных протоков в зависимости от их типа.
4. Изучить отдаленные результаты реконструктивных операций при различных уровнях стриктур желчных протоков.
5. Определить значимые факторы, влияющие на отдаленные результаты оперативного лечения.

Научная новизна.

Изучены особенности клинического проявления стриктур внепеченочных желчных протоков и дана оценка роли инструментальных методов в диагностике и тактике лечения больных с повреждениями и стриктурами желчных путей.

Определены факторы развития ранних и поздних стриктур после реконструктивных операций на желчных протоках.

Оптимизирована хирургическая тактика при высоких стриктурах и их осложнениях.

Впервые дана оценка и сформулированы показания к резекциям печени в лечении посттравматических стриктур желчных протоков.

Проведен анализ отдаленных результатов оперативных вмешательств, как интегрального показателя эффективности хирургического лечения.

Практическая значимость. Внедрены в практику эффективные методы диагностики стриктур внепеченочных желчных протоков. Сформулированы принципы хирургической тактики в лечении рубцовых стриктур желчных протоков в зависимости от особенностей типов стриктуры, что позволило расширить арсенал хирургических операций путем применения резекций печени при изолированных стриктурах долевых протоков. Результаты проведенного исследования позволяют более обоснованно подходить к формированию группы повышенного риска возникновения стриктуры анастомоза среди больных, впервые обращающихся за хирургическим лечением, а также среди повторно оперированных пациентов.

Положения, выносимые на защиту.

1. Подавляющее большинство посттравматических стриктур желчных протоков сопровождается клинической картиной холангита, наличием механической желтухи, наружного желчного свища.
2. Ведущим инструментальным методом диагностики стриктур желчных протоков следует считать магнитную резонансную панкреатохолангиографию.
3. Основным видом оперативного вмешательства, показанным при коррекции стриктур внепеченочных желчных протоков, является билиодигестивный анастомоз на петле тонкой кишки, выключенной по Ру, выполняемый прецизионно.
4. При изолированных стриктурах долевых протоков, осложненных абсцедирующим холангитом на стороне поражения, а также в отсутствии благоприятных условий для формирования билиодигестивного анастомоза показана резекция доли или сегмента

печени, соответствующая поврежденному протоку; с позиции отдаленных результатов указанная тактика эффективна в абсолютном большинстве наблюдений.

5. При рецидиве стриктуры показана повторная реконструктивная операция, большинство из которых являются эффективными.

Реализация результатов работы.

Результаты исследования, касающиеся тактики обследования и лечения больных посттравматическими рубцовыми стриктурами желчных протоков, внедрены в работу отделения абдоминальной хирургии Института хирургии им. А.В.Вишневского РАМН.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 5 научных работ.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 135 страницах машинописи и состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, указателя литературы, включающего названия 40 работ отечественных и 83 зарубежных авторов. Иллюстрирована 39 диаграммами, графиками, фотографиями рентгенограмм, макропрепаратов и 23 таблицами.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу работы положен анализ 150 клинических наблюдений за больными, страдающими посттравматическими стриктурами внепеченочных желчных протоков и билиодигестивных анастомозов, оперированных в Институте хирургии им. А.В. Вишневского РАМН в период с 1985 по 2005 год. Большую часть больных составили женщины (109), мужчин было 41. Средний возраст пациентов составил $48,1 \pm 1,4$ года. Из 150 (100%) больных, у 139 (92,7%) пациентов причиной развития стриктуры внепеченочных желчных протоков послужила их непреднамеренная травма в процессе холецистэктомии. В числе прочих причин, повлекших развитие стриктуры, были: резекция желудка - 5(3,3%), закрытая абдоминальная травма - 4(2,6%), проникающее ножевое ранение и неудачная попытка чрескожной холангиостомии – по одному наблюдению соответственно (0,7%).

Ко времени поступления в Институт лишь 57 (38%) больных имели в анамнезе одну операцию. 93 пациента (62%) поступили в отделение хирургии печени и

поджелудочной железы, имея в анамнезе от двух до четырех безуспешных операций, выполненных ранее в связи с повреждением желчных путей.

Диагностический алгоритм базировался на учете клинических симптомов и применении комплекса современных диагностических методов исследования. Инструментальные методы диагностики принципиально распределялись на методы, выполняемые с контрастированием и без контрастирования желчных протоков. К первым относили чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ), эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ), фистулохолангиографию. Методами, выполняемыми без контрастирования, были магнитная резонансная томография (МРТ), ультразвуковое исследование (УЗИ) и спиральная компьютерная томография (СКТ) брюшной полости.

Показания к оперативному лечению определялись по совокупности клинических проявлений, данных клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования. С учетом изложенного, показаниями к оперативному лечению были:

- клиническая картина холангита (вне зависимости от его формы);
- наличие механической желтухи;
- наличие наружного желчного свища;
- стриктура печеночных протоков, доказанная инструментально;
- сочетание указанных факторов и возможность выполнения операции (с позиции анестезиологического риска и перспективности оперативного вмешательства).

Одним из важнейших факторов, определяющим хирургическую тактику, является уровень поражения желчного дерева или тип стриктуры. Для оценки уровня стриктуры желчных протоков использовалась классификация, предложенная Э. И. Гальпериным (2002), в соответствии с которой осуществлялось распределение больных на группы (таблица 1).

Распределение больных по уровню стриктуры

Тип стриктуры	Число больных	Частота, %
Тип «+ 2» (свободный сегмент общего печеночного протока длиной не менее 2 см от края печени)	0	0
Тип «+1» (свободный сегмент общего печеночного протока длиной 1- 2 см)	20	13,3
Тип «0» (свободный сегмент общего печеночного протока 0-1 см)	48	32
Тип «- 1» (сохранено соединение долевых печеночных протоков)	32	21,4
Тип «-2» (долевые протоки разобщены)	36	24
Тип «- 3» (долевой проток рубцово изменен)	14	9,3
Всего	150	100

Как видно из приведенных данных, абсолютное большинство больных (130 или 86,7%) имели высокий тип стриктуры («0»; «-1»; «-2»; «-3»), в то время как тип «+1» выявлен лишь у 13,3%, а тип «+2» вообще не встретился ни в одном наблюдении. Все 150 пациентов подверглись оперативному лечению (таблица 2).

Методы хирургической коррекции посттравматической стриктуры
печеночных протоков в зависимости от ее типа

ОПЕРАЦИЯ	ТИП СТРИКТУРЫ				ВСЕГО
	«+1»	«0;-1»	«-2»	«-3»	
Иссечение стриктуры, пластика протока на Т- дренаже	1	-	-	-	1
Гепатикоеюностомия	14	-	-	-	14
Бигепатикоеюностомия	4	63	18	2	87
Тригепатикоеюностомия	-	4	6	1	11
Тетрагепатикоеюностомия	-	1	2	-	3
Раздельные БДА	-		1	2	3
Реконструкция передней губы БДА	1	7	8	2	18
Гепатико (холедохо) дуоденостомия	-	4	-	-	4
Правосторонняя гемигепатэктомия + БДА	-	-	1	-	1
Правосторонняя гемигепатэктомия	-	-	-	4	4
Левосторонняя гемигепатэктомия	-	-	-	1	1
Левосторонняя кавальная лобэктомия	-	-	-	2	2
Лапаротомия	-	1	-	-	1
ВСЕГО	20	80	36	14	150

Принято считать, что адекватность или степень радикальности выполненной операции, определяет качество отдаленных результатов. Под термином «радикальность» в первую очередь подразумевалось:

- полное иссечение рубцовых тканей протока с последующим сопоставлением неизмененных слизистых протока и кишки;
- формирование анастомоза с петлей кишки, выключенной по Ру;

- создание широкого БДА, диаметром не менее 15 мм с использованием мононитей, диаметром не толще 4/0.

Ближайшие результаты оценивались по числу и характеру осложнений, развившихся в послеоперационном периоде, числу летальных исходов. Отдаленные результаты оценивались по данным стационарного и амбулаторного обследования, а также путем анкетирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Ведущими клиническими симптомами стриктуры были различной степени выраженности холангит – 143 (95,3%), желтуха – 132 (88%). Наружный желчный свищ имелся у 40 пациентов, при этом у 19 больных он был полным. Средние показатели суточного дебита желчи у больных с желчным свищом составили $604,2 \pm 45$ мл. Среди прочих клинических признаков, выявленных у больных рубцовыми стенозами желчных протоков, можно выделить ахоличный кал – 74 пациента (49,3%) и кожный зуд – 74 пациента (49,3%). Жалобы на снижение массы тела и отсутствие аппетита предъявляли 83 пациента (55,3%), 5 больных находились в состоянии кахексии. Среди лабораторных признаков стриктуры печеночных протоков, ведущими были холестатический и, сопутствующий ему, цитолитический синдромы: билирубинемия – 132 (86,3%), ферментемия (повышение уровня щелочной фосфатазы, гамма глутамилтранспептидазы, аланин – и аспартатаминотрансферазы) – 135 (88,2%).

Как показал ретроспективный анализ собственных наблюдений, среди методов, выполняемых с прямым контрастированием, наиболее информативным следует признать ЧЧХГ – 25 (92,6%) из 27, затем фистулохолангиографию – 22 (66,7%) из 33, ЭРПХГ – 17 (26,6%) из 64. В структуре неинвазивных методик наиболее информативной оказалась магнитная резонансная панкреатохолангиография (МРПХГ) – 28 из 30 (93,3%). Такие методы диагностики, как УЗИ и СКТ позволили предположить уровень стриктуры лишь в 43,3% и 38,1% случаев соответственно.

Анализ полученных результатов обследования позволяет предложить следующую последовательность выполнения диагностических мероприятий:

- осмотр;
- анамнез;
- лабораторные методы;
- УЗИ органов брюшной полости;
- МРТ (МРПХГ).

Если в арсенале диагностических средств имеется МРТ (МРПХГ), то указанных исследований вполне достаточно для постановки диагноза на дооперационном этапе. В случае отсутствия МРТ, указанные методы исследования должны быть дополнены либо фистулохолангиографией (при наличии транспеченочного дренажа или наружного желчного свища), либо ЧЧХГ/ЧЧХС (при наличии показаний к срочной декомпрессии желчных путей).

Хирургическое лечение рубцовых стриктур может быть как одноэтапным, так и состоять из двух этапов. В случаях уже сформированных стриктур стенки желчного протока, как правило, значительно уплотнены и пригодны для формирования герметичного билиодигестивного анастомоза и с чисто технической точки зрения, именно уровень стриктуры будет отправной точкой в выборе метода операции при сформированных стриктурах протоков и БДА. При интенсивной желтухе и высоком риске декомпенсации печеночной недостаточности, операция формирования БДА представляет собой высокий риск развития послеоперационных осложнений, вплоть до летального исхода. Единственно правильной тактикой в подобных ситуациях следует считать двухэтапное лечение: первым этапом выполняется наружное отведение желчи (формирование наружного желчного свища или чрескожная холангиостомия). После стабилизации состояния больного производится второй этап - реконструктивная операция.

В подавляющем большинстве наблюдений (90,7 %), операцией выбора был БДА на петле по Ру. Резекции печени применены у 5,3%, гепатикодуоденоанастомоз – 2,6%, процент восстановительных операций и пробной лапаротомии оказался равен по 0,7% соответственно. Ретроспективный анализ выполненных вмешательств показал, что наиболее часто удавалось создать широкий анастомоз при стриктурах, не захватывающих верхний свод конfluence. Так, при стриктуре «+1» во всех наблюдениях удалось сформировать анастомоз шире 15 мм, при стриктуре тип «0,-1» - у 79 пациентов (98,75%). В группе больных с типом «-2» подобное оказалось возможным лишь у 17 больных (47,22%). В последней группе пациентов («-3»), широкий анастомоз удалось сформировать у 2 (40%) из 7¹ пациентов, перенесших БДА. В среднем, ширина сформированных анастомозов составила $20,3 \pm 0,5$ мм, варьируя от 12 до 60 мм. Различия в диаметре сформированных соустьев в зависимости от типа стриктуры были статистически достоверны ($p < 0,05$), что отражено в таблице 3.

¹ 7 пациентов перенесли резекции печени различного объема

Таблица 3

Зависимость диаметра билиодигестивного анастомоза от типа стриктуры

Тип стриктуры	Диаметр анастомоза (мм)		
	≤15 мм	16-25 мм	> 25 мм
" +1 "	0	19	1
" 0;-1 "	1	70	9
" -2 "	19	12	5
" -3 "	4	2	1

Чем выше был уровень стриктуры, тем чаще приходилось прибегать к резекции 4 сегмента печени и транспеченочному дренированию зоны БДА. Так, в группе «**+1**» отсутствовала необходимость в применении транспеченочного дренажа и резекции 4 сегмента печени. В группе «**0;-1**» необходимость в указанных мероприятиях имелась в 2,5% (2) и 6,25% (5) наблюдений. В группе больных с «**-2**» типом данный процент увеличился до 13,9 % (5) и 33,3% (11) соответственно. В последней группе пациентов необходимость в применении транспеченочного дренажа составила 21,4% (3), резекция 4 сегмента выполнена у 14,3% (2) больных. Зависимость в необходимости применения транспеченочного дренажа и резекции IV сегмента печени от типа стриктуры была статистически достоверной ($p < 0,05$), что отражено в таблице 4.

Таблица 4

Зависимость в необходимости применения транспеченочного дренажа и резекции IV сегмента печени от типа стриктуры

Тип стриктуры	Транспеченочный дренаж		Резекция IV сегмента печени	
	Без ТПД	ТПД	Без резекции	Резекция
" +1 "	20	-	20	-
" 0;-1 "	78	2	75	5
" -2 "	31	5	24	12
" -3 "	4	3	5	2

Таким образом, ретроспективный анализ выполненных вмешательств показал, что наиболее благоприятные возможности для выполнения радикальной операции имелись при стриктурах «**+1;0;-1;**». Примечательно, что радикальные операции в

последней группе практически целиком представлены резекциями печени различного объема (7 из 8 вмешательств). Объяснение данному факту мы видим в том, что путем резекции печени удается полностью удалить зону, которую дренирует поврежденный проток, и, соответственно, резекция выполняется в пределах здоровых тканей. Кроме того, в случаях резекции печени при изолированных стриктурах долевого протока отсутствует необходимость в формировании билиодигестивного анастомоза, следовательно, отсутствуют предпосылки к развитию стриктуры. Анализ выполненных резекционных вмешательств позволил сформулировать показания к резекциям печени при посттравматических стриктурах желчных протоков:

- полное разрушение долевого протока с вовлечением в патологический процесс сегментарных внутрипеченочных желчных путей при сохранности контралатерального долевого протока и гепатикохоледоха;

- абсцедирующий холангит;

- узкий (не более 4 мм) долевого протока, с тонкими или инфильтрированными стенками;

- сочетание указанных состояний.

Среди 150 оперированных больных различного рода осложнения отмечены у 57 (38%) больных, в раннем послеоперационном периоде умерли 2 пациента (1,3%). Общая характеристика осложнений, выявленных в ближайшем послеоперационном периоде, отражена в таблице 5.

Таблица 5

Общая характеристика осложнений, выявленных в ближайшем и раннем послеоперационном периоде у больных с рубцовыми стриктурами печеночных протоков и БДА

Осложнение	Число больных (абс)	Число (%)
Печеночная недостаточность	5	3,3
Полиорганная недостаточность	7	4,7
Несостоятельность швов БДА	14	9,3
1-Частичная несостоятельность	11	7,3
2-Полная несостоятельность	3	2
Гемобилия	7 -из них у 4 после ЧЧХС	4,7

Эрозивно-язвенное желудочно-кишечное кровотечение	8	5,3
Внутрибрюшное кровотечение	4	2,7
Послеоперационный панкреатит	2	1,3
Нагноение раны	33	22
Летальность в ближайшем послеоперационном периоде	2	1,3

Печеночно-почечная и полиорганная недостаточность отмечена у 5 (3,3%) и 7 (4,7%) больных соответственно. Ретроспективный анализ данных анамнеза этих больных показал, что все они были ранее неоднократно оперированы по поводу основного заболевания, имели в анамнезе длительную и интенсивную желтуху, гистологически выявленный билиарный цирроз. В 10 из 12 наблюдений данного осложнения указанные состояния были излечены консервативно. В двух наблюдениях полиорганная недостаточность привела к летальному исходу.

Несостоятельность билиодигестивного анастомоза отмечена у 14 (9,3%) из 150 больных. Примечательно, что несостоятельность БДА развилась у 3 (2%) больных с типом стриктуры «+1», у 3 (2%) больных типом стриктуры «0;-1», и 8 (5,3%) пациентов, тип стриктуры которых классифицировался как «-2». Абсолютное большинство наблюдений несостоятельности БДА (11 больных) пришлось на высокий уровень стриктуры желчных путей, причем лидирующая роль принадлежит типу «-2»: 8 из 11 ($p < 0,05$). Анализ собственных данных показал, что несостоятельность билиодигестивного соустья развивается, в среднем, на 4-5 сутки послеоперационного периода (от 2 до 12 суток). В общей структуре данного осложнения, в 11 (78,6%) из 14 (100%) наблюдений несостоятельность БДА оказалась частичной и представляла собой наружную желчную фистулу, которая самостоятельно закрылась, в среднем, на 22 сутки.

Внутрибрюшное кровотечение имело место у 4 (2,7%) пациентов. Все больные были подвергнуты релапаротомии. Явного источника кровотечения ни в одном наблюдении обнаружить не удалось: имела место диффузная кровоточивость из мягких тканей забрюшинного пространства, сальника, из мест разделенных сращений. Релапаротомия, лигирование и прошивание кровоточащих участков были успешными во всех 4 наблюдениях, рецидива кровотечения не отмечено.

Гемобилия развилась у 3 (2%) пациентов после проведенной реконструктивной операции. Этим больным произведена релапаротомия, так как консервативные методы гемостаза были или неэффективными, или эффект от их применения был кратковременным, а эпизоды рецидива кровотечения принимали угрожающий жизни характер. Во всех 3 наблюдениях пришлось прибегнуть к разобщению анастомоза, прошиванию кровоточащего участка. В 3 из 4 наблюдений, когда гемобилия явилась следствием чрескожно-чреспеченочных манипуляций, успешно применена консервативная тактика, включающая в себя общепринятые лекарственные и физические методы гемостаза. Лишь в одном наблюдении потребовалось применение эндоваскулярной окклюзии сегментарной ветви правой печеночной артерии.

Кровотечения из стрессовых язв и эрозий верхних отделов желудочно-кишечного тракта отмечены у 8 (5,3%) пациентов. Методы эндоскопического гемостаза в сочетании с общепринятыми мерами консервативной терапии желудочных кровотечений оказались успешными во всех 8 наблюдениях.

Нагноение послеоперационной раны выявлено у 33 (22%) пациентов, при этом отягчающими факторами, провоцирующими гнойное воспаление, были избыточная масса тела, большое число перенесенных ранее оперативных вмешательств на органах брюшной полости, рубцовая деформация мягких тканей передней брюшной стенки, травматичность оперативного доступа. Лечение проводилось по общим правилам, с дренированием и санацией гнойного очага.

В отдаленном периоде удалось проследить 84 из 148 пациентов, что составило 56,7%. При этом в группе «+1» отслежены 11(55%) больных, в группе «0,-1» - 40 (50%), в группе «-2» - 24 (66,7%), и в группе «-3» - 9 или 64,3%. Средний срок наблюдения составил $6,45 \pm 0,5$ года. Наш опыт показал, что в 70 наблюдениях полученный результат позволил говорить об отсутствии признаков стриктуры, в 14 наблюдениях отдаленные результаты признаны неудовлетворительными. В результате ретроспективного анализа установлено, что рецидив стриктуры наступал, в основном, в течение первых двух лет с момента реконструктивной операции. Так, в течение 1 года рецидив отмечен у 8 пациентов, в сроки от 2 до 3 лет рецидив – 5 пациентов, спустя 8 лет – у 1 больного.

Анализ полученных результатов показал, что хороший результат в отдаленном периоде имелся во всех группах, за исключением группы «-2». В группе больных с «-2» типом стриктуры, хороший результат зафиксирован в 10 (41,7%) наблюдениях, в 14 (58,3%) первичный результат оказался неудовлетворительным.

При ретроспективном сопоставлении полученных отдаленных результатов с данными протоколов операций установлено, что при прочих равных условиях, факторами, провоцирующими развитие рестриктуры билиодигестивного анастомоза, являются:

- «-2» тип стриктуры;
- неполное иссечение рубцовых тканей;
- относительно малый диаметр анастомоза.

Зависимость развития неудовлетворительных результатов от указанных факторов была статистически достоверной ($p < 0,05$), изложенное подтверждается данными, представленными в таблицах 6-8.

Таблица 6

Влияние типа стриктуры на отдаленный результат, $p < 0,05$

Результат	Уровень стриктуры				Всего
	«+1»	«0;-1»	«-2»	«-3»	
Хороший	11	40	10	9	70
Неудовлетворительный	-	-	14	-	14

Таблица 7

Влияние полноты иссечения рубцовой ткани протока на качество отдаленного результата, $p < 0,05$

Результат	Полнота иссечения рубцовой ткани		Всего
	Полное	Частичное	
Хороший	62	8	70
Неудовлетворительный	2	12	14

Влияние диаметра БДА на отдаленный результат, $p < 0,05$

Результат	Диаметр БДА (мм)			Всего
	≤ 15 мм	16-25 мм	≥ 25 мм	
Хороший	3	64	3	70
Неудовлетворительный	11	2	1	14

В связи с наличием рецидива стриктуры, всем 14 больным выполнена повторная операция, заключающаяся в реконструкции билиодигестивного анастомоза на петле по Ру. У 10 из 14 повторно оперированных пациентов конечный зафиксированный результат был удовлетворительным. Конечный неудовлетворительный результат зафиксирован у 4 пациентов, оперированных ранее по поводу стриктуры внепеченочных желчных протоков. Из этого числа двое больных умерли, двое в настоящее время продолжают испытывать частые атаки холангита и эпизоды рецидивирующей желтухи.

Таким образом, тактика лечения стриктур печеночных протоков, применяемая в Институте хирургии им А.В. Вишневского РАМН, позволила получить хорошие результаты в 83,3% наблюдений от общего числа пациентов, прослеженных в отдаленном периоде. Рецидив заболевания возникает у 16,7% больных, однако повторная операция позволяет добиться удовлетворительных результатов у 71,4% из этой категории пациентов или у 11,9% от общего числа наблюдений. В конечном итоге суммарный процент хороших и удовлетворительных результатов составляет 95,2%, частота неудовлетворительных результатов и летальности в отдаленном периоде составляет по 2,4% соответственно.

ВЫВОДЫ

1. Подавляющее число посттравматических стриктур внепеченочных желчных протоков образуется в результате их травмы при холецистэктомии. Основными условиями, влияющими на отдаленные результаты реконструктивных операций при стриктурах внепеченочных желчных протоков, являются уровень стриктуры, полнота иссечения рубцовых тканей, диаметр сформированного билиодигестивного анастомоза.

2. Среди клинических проявлений стриктур желчных протоков превалируют холангит, желтуха, наружный желчный свищ, ведущим лабораторным признаком является синдром холестаза. Среди неинвазивных методов инструментальной диагностики наиболее информативным следует считать магнитную резонансную

панкреатохолангиографию. Применение магниторезонансной панкреатохолангиографии позволяет в большинстве наблюдений отказаться от выполнения компьютерной томографии, фистулографии, чрескожных и эндобилиарных методов диагностики стриктур желчных протоков.

3. С позиции отдаленных результатов, оптимальным методом хирургической коррекции большинства посттравматических рубцовых стриктур желчных протоков следует считать билиодигестивный анастомоз, сформированный на петле тонкой кишки, выключенной по Ру.

4. При изолированной стриктуре долевого протока, сопровождающейся полной его деструкцией, распространением процесса на сегментарные желчные пути, а также абсцедирующим холангитом на стороне поражения, показана резекция соответствующих сегментов или доли печени.

5. Дифференцированный и рациональный выбор метода хирургической коррекции стриктуры с выполнением операции высококвалифицированным специалистом позволяет добиться положительных отдаленных результатов в абсолютном большинстве наблюдений.

6. Эффективность реконструктивных операций наиболее высока при стриктурах, не распространяющихся на зону верхнего свода конfluence. Стриктуры, разобщающие систему слияния долевых протоков (тип «-2»), являются наиболее сложными для хирургической коррекции и занимают лидирующее место в развитии осложнений, как в ближайшем, так и отдаленном периоде, что позволяет отнести больных с данным типом стриктуры к группе пациентов потенциального риска развития рецидива.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Результаты первичного вмешательства, направленного на коррекцию стриктуры (повреждения) зависят от следующих факторов: направленность лечебного учреждения, в котором выполняется вмешательство, опыт оперирующего хирурга в выполнении реконструктивных вмешательств, сроки диагностики повреждения, уровень повреждения (стриктуры), диаметр формируемого анастомоза, качество шовного материала. Выполнение восстановительных операций и операций, при которых формируется соустье поврежденного протока с двенадцатиперстной кишкой, отрицательно сказывается на ближайших и отдаленных результатах лечения.

2. Формировать БДА необходимо с петлей тонкой кишки выключенной по Ру, на расстоянии не менее 70 см дистальнее энтероэнтероанастомоза. Важно использовать прецизионную технику, алитогенный шовный материал диаметром не толще 4/0. По возможности необходимо полностью иссекать рубцовые ткани, с последующим формированием БДА, диаметром не менее 15 мм.

3. Показаниями к резекции печени являются: полное разрушение долевого протока с вовлечением в патологический процесс сегментарных внутрипеченочных желчных путей (при сохранности контралатерального долевого протока и гепатикохоледоха); абсцедирующий холангит; узкий (не более 4 мм) долевой проток, с тонкими или инфильтрированными стенками, а также сочетание указанных состояний. Наиболее часто показания имеются при изолированной стриктуре долевых протоков. Резекция печени является достаточной лечебной мерой при сохранности контралатерального долевого протока и гепатикохоледоха. При билатеральном поражении печеночных протоков или сочетании стриктуры долевого протока и стриктуры гепатикохоледоха резекция печени должна быть дополнена билиодигестивным анастомозом.

4. Признаки рецидива стриктуры могут клинически проявиться не только в течение первых трех лет, прошедших с момента реконструктивной операции, но и в значительно более поздние сроки. В связи с этим, оперированные больные нуждаются в регулярном мониторинге и наблюдении специалиста.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ.

1. «Травма желчных протоков и ее последствия» Олисов О.Д., Кубышкин В.А. *Анналы хирургической гепатологии*- 2005.-т10.- С.113-121.
2. «К вопросу о каркасном дренировании в реконструктивной хирургии стриктур желчных протоков» В.А. Вишневский, В.А. Кубышкин, О. Д. Олисов. *Материалы XII международного конгресса хирургов - гепатологов стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии – 2005.- т.10, № 2.-С.52-53.*
3. «Резекции печени в лечении посттравматических рубцовых стриктур желчных протоков и желчно-гнойных печеночных свищей». Н.А. Назаренко, О.Д.Олисов, В.А.Вишневский. *Материалы XII международного конгресса хирургов - гепатологов стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии – 2005.- т. 10, № 2.- С.210.*

4. «Роль магнитно-резонансной томографии в хирургической диагностике доброкачественных стриктур холедоха и билиодигестивных анастомозов» Осипова Н.Ю., Олисов О.Д., Кармазановский Г.Г. // Материалы V съезда общества гастроэнтерологов России и XXXII сессии Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии. М.: «Анахарсис» - 2005, С. 471.
5. «Отдаленные результаты хирургического лечения посттравматических рубцовых стриктур печеночных протоков» В.А. Кубышкин, В.А. Вишневецкий, О. Д. Олисов. Материалы XIII международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии – 2006.- т. 11, № 3.- С.95.

Список сокращений

БДА - билиодигестивный анастомоз
МРТ- магнитная резонансная томография
МРПХГ - магнитная резонансная панкреатохолангиография
СКТ - спиральная компьютерная томография
УЗИ - ультразвуковое исследование
ЧЧХГ - чрескожная чреспеченочная холангиография
ЧЧХС - чрескожная чреспеченочная холангиостомия
ЭРПХГ - эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография