
Дундаров З.А, Майоров В.М., Адамович Д.М., Батюк В.И., Лин В.В., Красюк О.Н.
Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Хронический рецидивирующий холангит у больных с послеоперационными рубцовыми стриктурами желчных протоков

■ ВВЕДЕНИЕ

Холецистэктомия прочно вошла в повседневную клиническую практику как «золотой стандарт» в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений. Вместе с тем частота повреждений желчных протоков остается неизменной на протяжении многих лет, составляя 0,1–3%. Это является одной из главных причин развития рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков (ВЖП), осложненных хроническим рецидивирующим холангитом.

■ ЦЕЛЬ

Изучить результаты лечения больных послеоперационными рубцовыми стриктурами ВЖП, осложненными хроническим рецидивирующим холангитом.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За 2000–2011 гг. нами пролечено 45 больных с послеоперационными рубцовыми стриктурами. Из них стриктуры ВЖП отмечены у 29 больных, стриктуры ранее наложенных билиодигестивных анастомозов – у 16 (гепатикодуоденостомия – 5, гепатикоеюностомия – 11). Женщин было 36 (80%), мужчин – 9 (20%). Средний возраст больных – $56,3 \pm 4,6$ лет. Диагностический алгоритм включал клинические проявления, лабораторные исследования, УЗИ, РХПГ, МРТ в режиме холангиографии. По классификации Н. Bismuth больные распределились следующим образом: тип I – 10; тип II – 14; тип III – 9; тип IV – 7; тип V – 5.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По мере формирования рубцовой стриктуры развивался хронический холангит, и заболевание приобретало волнообразное течение с периодами обострений и ремиссий. Периоды обострения проявлялись болями в правом подреберье, гипертермией, транзиторной желтухой. При УЗИ определялось расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, нередко с образованием камней. Солитарный абсцесс печени (6, 7 сегменты) отмечен у 1 (2,2%) больного, милиарные абсцессы – у 4 (8,2%). Периоды ремиссий сокращались по мере прогрессирования заболевания.

Всех больных были оперированы. Признаки хронического холангита (утолщение стенки ВЖП, желчь с хлопьями и мелкими конкрементами) отмечены у всех больных. Во всех случаях операция заключалась в иссечении рубцовой ткани (в том числе и после разобщения ранее наложенного соустья) с учетом тенденций к ее распространению в проксимальном направлении и формировании широкого билиодигестивного анастомоза с участком тощей кишки, выключенной по Ру. При этом гепатикоюностомия выполнена в 9 (20%) случаях, гепатикоанастомоз с продольным рассечением левого долевого протока – в 17 (37,8%), бигепатикоанастомоз – в 12 (26,6%) тригепатикоюностомия – в 3 (6,7%), формирование изолированного анастомоза с правым долевым протоком – в 4 (8,9%), резекция правого латерального отдела печени – в 1 (2,2%). Билиобилиарные и гепатикодуоденоанастомозы не формировали принципиальным соображениям. Чрезанастомозное дренирование желчных протоков по Фелькеру использовано у 28 (62,2%) больных. Сменные транспеченочные дренажи не применялись. Умерло 2 (4,4%) больных с милиарными абсцессами печени. Релапаротомия выполнена у 3 (6,7%) больных, дополнительное дренирование под УЗ-контролем – у 3 (6,7%). В сроки более поздние после реконструктивной операции стриктура анастомоза развилась у 3 (6,7%) больных, которые были оперированы повторно. Им было выполнено разобщение ранее наложенного соустья с формированием нового билиодигестивного анастомоза.

■ Выводы

1. При хирургическом лечении доброкачественных послеоперационных стриктур ВЖП радикальной операцией следует считать полное иссечение рубцовых тканей с учетом тенденции к их распространению в проксимальном направлении и формирование широкого билиодигестивного анастомоза с участком тощей кишки, выключенной по Ру.
2. Чрезанастомозное дренирование желчных протоков по Фелькеру снижает риск развития несостоятельности анастомоза.