

Surgical tactics in hepaticocholedochus strictures

Zhaksylyk Doskaliyev¹, Ibragim Tashev¹, Ainara Darbayeva¹, Aliya Taganova¹

¹Department of General Surgery, JSC National Scientific Medical Research Center, Astana, Kazakhstan



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Received: 24-07-2014

Accepted: 29-11-2016

UDC: 616-089; 617.5

J Clin Med Kaz 2016; 4(42):57-61

Автор для корреспонденции: Дарбаева А.К. Отдел общей хирургии, АО "Национальный научный медицинский центр", Адрес: пр. Абылай-хана, 42, почтовый индекс 010009, г.Астана, Казахстан, Тел./Факс: +77172232927, E.mail: 86ainar@mail.ru

Abstract

Cicatricial strictures of the bile ducts are complications of the diseases or damage during surgery on the hepatobiliary system. Rarely scar strictures are inflammatory in nature or are the results of primary sclerotic cholangitis. However, in 95 - 97,4 % cases disease is caused by iatrogenic damage of bile ducts – improper drainage or untidy surgical manipulations on bile ducts during the cholecystectomy. Present work is based on experience of surgery of 52 patients with strictures of hepaticocholedochus, who underwent treatment at Surgery Department of National Scientific Research Medical Center JSC during the 2002-2013.

Keywords: hepaticocholedochus, surgery, cicatricial strictures

ГЕПАТИКОХОЛЕДОХТЫҢ СТРИКТУРАСЫ КЕЗІНДЕГІ ХИРУРГИЯЛЫҚ ТӘСІЛ.

Доскалнев Ж. А.¹, Ташев И. А.¹, Дарбаева А. К.¹, Таганова А. Н.¹

¹ АҚ "Ұлттық ғылыми медициналық орталық", Хирургиялық бөлімі, Астана, Қазақстан

ТҰЖЫРЫМДАМА

Өт жолдарының стриктурасы бауыр мен өт жолдарына жасалған оталардың салдарынан болатын асқыну. 95-97,4% холецистэктомия отасы кезіндегі ятрогенді зақымдаудан кейін байқалады [2]. Жалпы алғанда өт жолдарына жасалатын реконструктивті және қалпына келтіру оталары, абдоминальді хирургиясының қиын оталарының бірі. Кейінгі жылдарда, өт қалтасының тас ауруларының көбеюімен қатар ятрогенді өт жолдарының зақымдалуы да азаяр емес. Бұл зерттеу жұмысы АҚ ҰҒМО хирургия бөлімінде 2002-2013ж.ж. аралығында гепатикохоledoхтың стриктурасымен жатқан 52 науқас арасында жүрді.

Маңызды сөздер: Гепатикохоledoх, стриктура, хирургиялық тәсіл

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СТРИКТУРАХ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА.

Доскалнев Ж.А.¹, Ташев И.А.², Дарбаева А.К.³, Таганова А.Н.⁴

¹ Отдел общей хирургии, АО "Национальный научный медицинский центр", Астана, Казахстан

РЕЗЮМЕ

Рубцовые стриктуры желчных протоков являются осложнением заболеваний или их повреждений при операциях на органах гепатобилиарной системы. Редко рубцовые стриктуры имеют воспалительный характер или возникают в результате первичного склерозирующего холангита [1]. Однако, в 95-97,4% случаев заболевание является следствием ятрогенного повреждения желчных протоков, неправильного их дренирования или грубых хирургических манипуляций на протоках во время холецистэктомии. В основу работы положен опыт хирургического лечения 52 пациентов со стриктурами гепатикохоledoха, находившихся на лечении в хирургическом отделе АО "Национальный научный медицинский центр" (ННМЦ) МЗ РК (г. Астана), в период с 2002-2013 гг.

Ключевые слова: гепатикохоledoх, стриктура, хирургическая тактика

Введение

Рубцовые стриктуры желчных протоков являются осложнением заболеваний или их повреждений при операциях на органах гепатобилиарной системы. Редко рубцовые стриктуры имеют воспалительный характер или возникают в результате первичного склерозирующего

холангита [1]. Однако, в 95-97,4% случаев заболевание является следствием ятрогенного повреждения желчных протоков, неправильного их дренирования или грубых хирургических манипуляций на протоках во время холецистэктомии [2]. Специфическим осложнением является лишь термическое повреждение стенки общего

желчного и правого печёночного протоков, которое проявляется развитием стриктуры через 3-4 месяца после операции [3].

По данным Э.И.Гальперина (2003г.), В.И.Малярчука (2002г.), частота травм желчных протоков при открытой холецистэктомии составляет 0,1-0,8%. Лапароскопическая холецистэктомия в период освоения метода и накопления опыта принесла новую волну повреждений желчных протоков, с увеличением их частоты от 0,3% до 3%. Причины повреждений протоков при лапароскопической холецистэктомии такие же, как и при открытой операции [3].

Повторные реконструктивные и восстановительные операции на желчевыводящих протоках - одни из наиболее сложных в абдоминальной хирургии [4]. Летальность больных, оперированных по поводу рубцовых стриктур желчных протоков, колеблется в пределах 1,7 - 35,0% [5].

Учитывая, что заболевания желчевыводящей системы встречаются более чем у 10% населения планеты, при этом за каждое следующее десятилетие количество больных удваивается, и частота заболеваний билиарной

системы увеличивается с возрастом [6]. Не исключается увеличение пациентов со стриктурами гепатикохоледоха. Тем более что эти тяжелые заболевания возникают у людей в трудоспособном возрасте, вызывая в течение длительного времени состояние инвалидности, снижая качество жизни.

Материалы и методы исследования

В основу работы положен опыт хирургического лечения 52 пациентов со стриктурами гепатикохоледоха, находившихся на лечении в хирургическом отделе АО “Национальный научный медицинский центр” (ННМЦ) МЗ РК (г. Астана), в период с 2002-2013 гг.

Из общего количества пациентов женщин было – 47 (90,3%), мужчин – 5(9,7%), что подтверждает данные о частом распространении ЖКБ среди населения женского пола, следовательно и более частое повреждение у них внепеченочных желчных протоков.

Возраст пациентов колебался от 21 до 75 лет. Распределение больных по полу и возрасту приведено в таблице №1.

Таблица 1 Распределение пациентов по возрасту и полу.

Возраст пациентов	Женщины Количество, (%)	Мужчины Количество, (%)	Число пациентов Количество, (%)
до 30 лет (молодой возраст)	0	1 (1,9%)	1 (1,9%)
до 45 лет (зрелый возраст)	8 (15,3%)	0	8 (15,3%)
до 60 лет (средний возраст)	28 (53,8%)	4 (7,7%)	32 (61,5%)
до 75 лет (пожилой)	11 (21,1%)	0	11 (21,1%)
Итого:	47 (90,3%)	5 (9,61%)	52 (100%)

Как видно из таблицы, основную часть пациентов (79%) составили больные трудоспособного возраста (от 21 до 60 лет). Для отображения уровня поражения холедоха

была использована классификация Э.И.Гальперина (2002г.), [7] согласно которой пациенты распределились следующим образом (Таблица 2):

Таблица 2 Распределение пациентов по уровню поражения гепатикохоледоха.

Уровень повреждения холедоха	Количество пациентов	
-2	8	15,4%
-1	8	15,4%
0	15	28,8%
+1	19	36,5%
+2	2	3,8%
Итого:	52	100%

Как видно из таблицы, основная часть поражений локализуется на уровне конfluence или тот час, ниже него. Из всех поступивших в хирургический отдел АО “ННМЦ” 51 пациенту холецистэктомия, с последующей попыткой коррекции повреждений внепеченочных желчных путей, была произведена по месту жительства, одному - в нашей клинике. Из них у 21 (40,3%) больного ранее производились различные операции, по поводу стриктуры холедоха. При этом 18 (34,6%) пациентам выполнены однократные вмешательства: реконструктивные операции 15 (28,8%), восстановительные 3 (5,8%) (в том числе 1 - атипичная правосторонняя гемигепатэктомия,

1 - панкреатодуоденальная резекция (ПДР). Из реконструктивных операций у 5 (9,7%) пациентов выполнен супра-дуоденальный холедоходуоденоанастомоз (СДХДА), у 10 (19,2%) гепатикоюноанастомоз (ГЕА) на отключенной по Ру петле тощего кишечника. В 1 (3,8%) случаях восстановление целостности холедоха осуществлено путем его ушивания с наружным дренированием. Еще 3 (5,7%), ранее оперированным больным, хирургические вмешательства выполнялись дважды: первому пациенту вначале производилась пластика холедоха, затем – СДХДА; второму СДХДА, с последующей реконструкцией с наложением ГЕА, у третьего – дважды накладывался ГЕА.

При поступлении у 9 (17,3%) больных наблюдался стеноз ГЕА, у 5 (9,7%) стеноз СДХДА, у 2 (3,8%) - выявлен холангиолитиаз долевых протоков.

Показаниями к повторной операции, у ранее оперированных пациентов, на желчных протоках являлись:

1. Синдром нарушения желчеоттока;
2. Холангит с нарушением дренажной функции протоков;
3. Внутренний желчно-дигестивный свищ;
4. Стойкий наружный свищ; [8]

Все 52 пациента были оперированы повторно, так как у всех имело место нарушение желчеоттока. При этом у 20 (41,6%) из них болезнь сопровождалась холангитом, у 5 (9,7%) наблюдались наружные желчные, у 3 (5,7%) – гепатикодуоденальные, у 1 (1,9%) – гепатикогастральный свищи. А также в 2 (3,8%) случаях выявлены множественные микроабсцессы печени на фоне вторичного билиарного цирроза печени, в 2 (3,8%) подпеченочные абсцессы, в 1 (1,9%) синдром не дренируемой левой доли печени.

У 3 пациентов из 8 - со стриктурой гепатикохоледоха -2 (по Гальперину), до поступления в нашу клинику, были выполнены: гепатикоэюноанастомоз на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД (2) и дренирование холедоха (1).

Из реконструктивно-восстановительных операций, 4 пациентам произведено наложение бигепатикоэюноанастомоза на СТД, еще одному, та же операция, выполнена с иссечением гепатикодуоденального свища. Двум ранее оперированным больным наложен ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД. Причем одному из них после аналогичной операции, другому - после наружного дренирования холедоха.

Из иных операции одному произведена еюнотомия, бужирование ГЕА с оставлением СТД через левой печеночный проток.

Из 8 пациентов, с уровнем поражения гепатикохоледоха -1 (по Гальперину), трое, до поступления в клинику, перенесли от 1 (2) до 2 (1) оперативных вмешательств. При этом одному больному выполнена ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД, второму та же операция была произведена дважды, третьему – атипичная правосторонняя гемигепатэктомия.

Из реконструктивно-восстановительных операций, 3 пациентам выполнен бигепатикоэюноанастомоз на СТД, у 1 - с иссечением гепатикогастрального свища, 3 - ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД, 1 из них - после атипичной правосторонней гемигепатэктомии.

Из иных операций 2 больным, перенесшим ГЕА по Ру на СТД, выполнена еюнотомия, бужирование ГЕА с оставлением СТД.

Из 15 пациентов с нулевым уровнем стриктуры (по Гальперину), 8 больным до поступления в клинику выполнены 9 оперативных вмешательств. При этом троим произведены СДХДА (у одного после перенесенной пластики холедоха), 4 – ГЕА по Ру на СТД, одному пластика холедоха.

Из реконструктивно-восстановительных операций, нами 2 пациентам наложен бигепатикоэюноанастомоз на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД, 10 – ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника, одному, перенесшему аналогичную операцию по месту жительства, ГЕА накладывался повторно.

Из иных операций 2 пациентам выполнено еюнотомия, бужирование ГЕА на СТД, в одном из них, с экстракцией конкремента левого долевого протока.

Из 19 пациентов с уровнем поражения гепатикохоледоха +1 (по Гальперину), 7 до поступления перенесли 8 операций. При этом 3 выполнены ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД (1 из них после перенесенного, до этого - СДХДА), 2 – СДХДА, 1 – ПДР, последнему – пластика холедоха.

Из реконструктивно-восстановительных операций 17 пациентам данной группы, выполнен ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД. При этом 2 из них эта операция выполнена повторно (после перенесенной, до поступления к нам, ГЕА), одному – в сочетании с папилэктомией и трансплантацией фетальных гепатоцитов, еще 2 – с иссечением гепатикодуоденальных свищей.

Из иных операций бужирование ГЕА с экстракцией конкрементов долевых протоков произведен 1 пациенту, другому - первичная пластика холедоха с применением микрохирургической техники.

Из 2 пациентов, с уровнем поражения +2 (по Гальперину), 1 до поступления в нашу клинику был наложен СДХДА.

Из реконструктивно-восстановительных операций 1 пациенту наложен СДХДА, другому, перенесшему аналогичную операцию по месту жительства, в связи с холангиогенным абсцедированием печени, на фоне гнойного холангита, было выполнено разобщение СДХДА и наложен ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД.

Результаты и их обсуждения.

Непосредственные результаты изучены у всех 52 больных. Осложнения раннего послеоперационного периода наблюдались в 2 (3,8%) случаях. У одного из них (1,9%), на 5 сутки после удаления дренажа, образовалась серома подпеченочного пространства, разрешившаяся на 8-9 дни, без активного хирургического вмешательства. У другого, после разобщения СДХДА с наложением ГЕА на СТД через левый долевой проток, на 10 сутки после операции, наступила несостоятельность дуоденальных швов, на фоне холангиогенного сепсиса. Данный случай имел летальный исход (1,9%).

Отдаленные результаты оперативных вмешательств были изучены у 41 пациента, в сроки от 3 месяцев до 6 лет и более. Полученные результаты оценивались как: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. При этом хорошими считали случаи, при которых отсутствовали синдром механической желтухи; удовлетворительными – периодическая желтуха, с умеренным повышением билирубина в крови, без явлений холангита, поддающиеся консервативной терапии; неудовлетворительными - синдром механической желтухи, с явлениями холангита, не поддающийся консервативной терапии. Замена транспеченочных дренажей не приводило к облегчению состояния больных.

Отдаленные результаты оперативного вмешательства у пациентов, не перенесших до поступления реконструктивно-восстановительные операции, в зависимости от уровня поражения гепатикохоледоха (классификация по Э.И. Гальперину, 2002г.) отображены в таблице 3.

Таблица 3

Отдаленные результаты оперативного вмешательства у пациентов, не перенесших до поступления реконструктивно-восстановительные операции.

Уровень поражения	Бигепатикоюноанастомоз на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД			Гепатикоюноанастомоз на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД			Всего
	Хорошо	Удовлетв.	Не удовлетв.	Хорошо	Удовлетв.	Не удовлетв.	
-2	2	1	-	-	-	-	3
-1	3	-	-	-	2	-	5
0	1	-	-	3	-	-	4
1	-	-	-	7	1	2	10
2	-	-	-	-	-	-	-
Итого	6	1	-	10	3	2	-

Как видно из таблицы, хорошие результаты удовлетворительные у 4 (18,2%), неудовлетворительные у 2 (9,1%) пациентов, были получены у 16 (72,7%) больных данной группы.

Таблица 4

Отдаленные результаты у пациентов, которые однократно перенесли до поступления различные реконструктивно-восстановительные операции.

Уровень поражения	-2	-1	0	1	2	Всего
Бигепатико-юноанастомоз после ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД	-	-	Хорошо (1)	-	-	1
ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД после ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД	Хорошо (1)	-	Хорошо (1)	-	-	2
ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД после пластики холедоха	Хорошо (1)	-	Хорошо (1)	Хорошо (1)	-	3
Бужирование ГЕА после ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД	Удовлетв. (1)	Удовлетв. (1)	Хорошо (1)	Хорошо (1)	-	4
ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД после атипичной резекции печени	-	Удовлетв. (1)	-	-	-	1
ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД после СДХДА	-	-	Хорошо (2)	Хорошо (2)	Неудовлетв.	5
Итого:	3	2	5	3	1	16

*Примечание: в скобках указано количество пациентов.

Как видно из таблицы 4, в группе больных, перенесших реконструктивно-восстановительные операции однократно, хорошие результаты получены у 10 (62,5%) пациентов, из них 2 с уровнем поражения “-2”, 5 – с “0” и 3-с-“1”; неудовлетворительные у 1-с-“+2”.

В группе больных (таблица 5), перенесших два и

Таблица 5

Отдаленные результаты у пациентов перенесших две и более реконструктивно-восстановительные операции до поступления.

Уровень поражения	Первая операция	Вторая операция	Операция произведенная у нас	Отдаленные результаты
-1	ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД	ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД	Бужирование ГЕА	Неудовлетв.
0	Пластика холедоха	СДХДА	ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД	Удовлетв.
1	СДХДА	ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД	ГЕА на отключенной по Ру петле тощего кишечника на СТД	Удовлетв.

более оперативных вмешательств, хороших результатов не было. Удовлетворительные результаты были получены у 2 пациентов с уровнем поражения “0” и “+1”. В одном случае с “-1” наблюдается неудовлетворительный результат.

Таким образом, наибольший процент хороших результатов, получены у больных с ятрогенными повреждениями гепатикохоледоха, не подвергшихся попыткам выполнения реконструктивно-восстановительных операций (72,7%), несколько меньше (62,5%) у пациентов, оперированных однократно, у больных, после 2-х и более вмешательств хороших результатов не было.

Выводы

Литература

1. Galperin E.I., Kuzovlev N.F. Rubtsovyie strikturyi pechenochnyih protokov v oblasti ih sliyaniya (striktura O). *Hirurgiya*, 1995, 1; 26-31.
2. Nechay A.I., Novikov K.V. Prichiny i predraspologayuschie obstayatelstva sluchaynyih (yatrogennyih) povrezhdeniy zhelchnyih protokov pri holetsistektomii i rezektsii zheludka. *Vest. hir.* 1991, 146:4;15-21.,
3. Mazzeo F., Rendano F., Piccolloni D. et al. Hepatico-Jejuno-Dliodenoplasty for Biliary Stricture. *Int.Surg.* 1984, 69:331-33.
4. Shalimov A.A., Kopchak V.M., Dronov A.I. Sovremennyye aspekty diagnostiki i hirurgicheskogo lecheniya rubtsovoy strikturyi zhelchnyih protokov. *Klin.hir.*, 1997. P 135-140.,
5. Shalimov A.A., Shalimov S.A., Nichitaylo M.E., Domanskiy B.V. *Hirurgiya pecheni i zhelchevyivodyaschih putey*. K., 1993. pp 512.
6. Zyubina E. N., *Yatrogennyie travmy i strikturyi zhelchevyivodyaschih protokov*, 2005 g
7. Galperin E.I., Dederer Yu.M. *Nestandardnyie situatsii pri operatsiyah na pecheni i zhelchnyih putyah*. M., 1987. 335s.
8. Galperin E.I., Vetshev P.S. *Rukovodstvo po hirurgii zhelchnyih putey*. 2009, .2 ed., pp 91
9. Olisov O.D. avtoreferat: *Posttravmaticheskie strikturyi zhelchnyih protokov: diagnostika, lechenie, rezultaty*, Moskva, 2006, pp 114.

How to cite this article: Doskaliyev Z, Tashev I, Darbayeva A, Taganova A. Surgical tactics in hepaticocholedochus strictures [in Russian]. *J Clin Med Kaz.* 2016;4(42):57-61.