

ВТОРИЧНЫЙ БИЛИАРНЫЙ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

*Дундаров З.А., Майоров В.М., Бондаренко О.Е., Кульвинский А.С.,
Берещенко В.В., Марочкин С.А.*

*У «Гомельская областная специализированная клиническая больница»,
УО «Гомельский государственный медицинский университет» г. Гомель*

Введение. Рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков (ВЖП) более чем в 90% случаев имеют ятрогенный характер и обычно образуются после «частичных» и чаще всего недиагностированных во время оперативного вмешательства повреждений во время выполнения холецистэктомии. При «больших» повреждениях ВЖП формируют билиодигестивный (БДА) или билиобилиарный анастомозы, стриктура которых развивается в 20-25% случаев, достигая при высоких повреждениях 50-70% (Гальперин Э.И., 2010г.).

На фоне нарушения проходимости ВЖП развивается интермиттирующая механическая желтуха и хронический рецидивирующий холангит, которые отмечаются чаще при частичном нарушении проходимости ЖП, нежели при полном (Ахаладзе Г.Г., 2009) и являются главными причинами развития вторичного билиарного цирроза печени (БЦП). Сочетание МЖ и ЦП приводит к затаяному характеру холестаза, более частому развитию инфекционных осложнений и печеночной недостаточности, кровотечениям различного генеза, в том числе резко повышается риск кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ).

Многие осложнения ЦП являются следствием портальной гипертензии (ПГ). Из числа пациентов с билиарными стриктурами - в 10-20% случаев имеет место сочетание с ПГ, которая приводит к развитию асцита и кровотечений из ВРВПиЖ, лежит в основе сложных нарушений кровообращения, характерных для ЦП. Развивается спланхническое полнокровие вследствие вазодилатации и внутриорганный венозный застой, что снижает эффективный объем крови, способствует артериальной гипотонии, приводит к развитию функциональной недостаточности практически всех органов.

Наличие клинически значимых проявлений подобного сочетания увеличивает госпитальную летальность до 25-40%. При выполнении вмешательств на ВЖП могут возникать серьезные проблемы, связанные с наличием расширенных коллатеральных вен вокруг ЖП и гепатодуоденальной связки, в подпаянном к ЖП и поверхности печени большом сальнике, в околопупочной области.

Цель. Изучить результаты хирургического лечения пациентов с рубцовыми стриктурами ВЖП на фоне вторичного билиарного цирроза печени.

Материалы и методы. За период 2014-2021 гг нами пролечено 11 таких больных. Преобладали женщины – 8. Средний возраст пациентов составил $57,7 \pm 4,3$ лет. Стриктуры ВЖП отмечены у 7; стриктуры БДА у 4 (гепатикодуоденостомия – 2, гепатикоеюностомия – 2). По классификации Н. Bismuth распределились: тип I – 1, тип II – 3, тип III – 3, тип IV – 4 чел. Функциональный класс ЦП по Child-Pugh: «А»-5, «В»-4, «С»-2.

Результаты и обсуждение. Отмечена закономерность: чем выше стриктура ВЖП тем быстрее прогрессировало заболевание. При «высоких» стриктурах впервые пациенты поступали в стационар через $4,6 \pm 0,8$ мес. после первой операции; при «низких» – через $13,6 \pm 5,8$. По мере формирования стриктуры развивался холангит, приобретающий волнообразное течение и интермиттирующая желтуха. Вторичный БЦП формировался в сроки от 6 до 18 месяцев после выполненного оперативного вмешательства.

При поступлении желтуха отмечена у всех пациентов, клинические признаки острого холангита - у 6. Дифференциальная диагностика МЖ и печеночного холестаза была затруднена из-за общности многих клинических и лабораторных проявлений, трудностей трактовки данных УЗИ. Информативным УЗИ было у 8 пациентов – определялось расширение ЖП (у 3-х с образованием камней в холедохе), у 3 пациентов расширения ЖП выявлено не было. Признаки ЦП отмечены у всех пациентов. Наибольшей информативностью обладали: РХПГ и МРТ-холангиография.

Всем больным лечение начинали со стандартной медикаментозной терапии. В 3-х случаях выполнена транспеченочная холангиостомия под контролем УЗИ. Лигирование и/или склерозирование ВРВПиЖ выполнено 5 пациентам. Несмотря на декомпрессию ЖВП и проводимую терапию у всех больных отмечен затяжной характер холестаза. Отмечено увеличение степени печеночной недостаточности, что проявлялось нарастанием лабораторных признаков цитолиза, снижением уровня альбумина и протромбина, геморрагическим синдромом, энцефалопатией.

Во время операции признаки холангита выявлены у всех больных: утолщение стенки ВЖП – 8, мутная вязкая желчь с хлопьями и мелкими конкрементами – 6, гнойная желчь – 2. Развитие венозных коллатералей при комбинации стриктуры ВЖП с ПГ существенно усложняло интраоперационную диссекцию элементов гепато - дуоденальной связки и являлось причиной значительной кровопотери.

Операция заключалась в иссечении рубцовой ткани (в том числе и после разобщения БДА) и формировании широкого анастомоза по Ру: гепатикоеюностомия выполнена в 2 случаях, гепатикоеюностомия с продольным рассечением левого долевого протока – 3, бигепатикоеюностомия – 3. Чрезанастомозное дренирование ЖП по Фелькеру выполнено у 3 больных. Сменные транспеченочные дренажи не применяли. В послеоперационном периоде дополнительное дренирование под УЗ-контролем выполнено – у 4 пациентов. Умер 1 больной с ЦП класса «С» от массивного кровотечения из ВРВПиЖ и прогрессирующей печеночно-клеточной недостаточности.

Выводы. У больных с послеоперационными рубцовыми стриктурами ВЖП и БДА развиваются интермиттирующая желтуха, хронический рецидивирующий холангит и высока вероятность формирования вторичного БЦП. Тяжесть больных механической желтухой на фоне ЦП обусловлена наличием двух тяжелых конкурирующих заболеваний, протекающих с явлениями тяжелой эндогенной интоксикации, взаимоотягощающим прогрессивным ухудшением функционального состояния печени, выраженными нарушениями гомеостаза. Выявление ПГ у больных с билиарной обструкцией необходимо, чтобы избежать потенциально катастрофических хирургических осложнений.

У пациентов с рубцовыми стриктурами ВЖП на фоне вторичного БЦП, основная цель состоит в том, чтобы решить опасные для жизни проблемы острого холангита и механической желтухи. Предпочтительны малоинвазивные вмешательства (чрескожная чреспеченочная декомпрессия ЖВП), т.к. билиодигестивные анастомозы в таких условиях связаны с высоким риском кровотечения. Радикальной операцией следует считать полное иссечение рубцовых тканей (с учетом тенденции к распространению проксимально), широкую гепатикоюностомию по Ру. Чрезанастомозное каркасное дренирование ЖП по Фелькеру снижает риск несостоятельности анастомоза.

При сочетании МЖ, холангита и угрозы кровотечений из ВРВПиЖ очередность коррекции этих осложнений определяется преобладанием рисков для жизни, лечебные мероприятия должны быть минимально достаточными и эффективными.