

**Дундаров З.А., Адамович Д.М., Батюк В.И., Лин В.В.,
Анджум Вакар, Али Моханнад, Ямадов С.А.**

ХОЛАНГИОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет» г. Гомель,
Беларусь*

Рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков (ВЖП) более чем в 90% случаев имеют ятрогенный характер и обычно образуются после «малых» повреждений во время операции. При «больших» повреждениях ВЖП формируют билиодигестивный (БДА) или билиобилиарный анастомоз, стриктура которого развивается в 20-25% случаев, достигая при высоких повреждениях 50-70% (Гальперин Э.И., 2010г.). На фоне нарушения проходимости ВЖП, развивается гнойный холангит, который отмечается чаще при частичном нарушении проходимости ЖП, нежели при полном (Ахаладзе Г.Г., 2009).

Цель. Изучить результаты лечения гнойных билиарных осложнений у больных с рубцовыми стриктурами ВЖП.

Материалы и методы. За период 2005-2020 гг. оперировано 62 таких больных. Преобладали женщины – 49(79%). Средний возраст составил 57,2±3,6 лет. Стриктуры ВЖП отмечены у 38(61,3%); стриктуры БДА у 24 (гепатикодуоденостомия – 6, гепатикоеюностомия – 18). По классификации Н.Bismuth распределились: тип I – 12(19,4%), тип II – 19(30,6%), тип III – 15(24,2%), тип IV – 11(17,7%), тип V – 5(8,1%).

Результаты и обсуждение. Отмечена закономерность: чем выше стриктура, тем быстрее прогрессировало заболевание. При «высоких» стриктурах больные поступали через 4,7±0,9 мес. после первой операции; при «низких» – через 13,6±5,8. По мере формирования стриктуры развивался холангит, приобретающий волнообразное течение.

Информативность УЗИ составила 82%(51) – определялось расширение ЖП, нередко с образованием камней. Милиарные абсцессы печени выявлены у 4(6,4%) больных, солитарные – у 3(4,8%). Наибольшей информативностью обладали: РХПГ и МРТ-холангиография.

Во время операции хронический холангит выявлен у всех больных: утолщение стенки ВЖП – 62(100%), мутная вязкая желчь с хлопьями и мелкими конкрементами – 45(72,6%), гнойная желчь – 17(27,4%), милиарные абсцессы печени – 7(11,3%), солитарные абсцессы – 3(4,8%).

Операция заключалась в иссечении рубцовой ткани (в том числе и после разобщения БДА) и формировании широкого анастомоза по Ру: гепатикоеюностомия выполнена в 12(19,4%) случаях, гепатикоеюностомия с продольным рассечением левого долевого протока – 19(30,6%), бигепатикоеюностомия – 18(29%) тригепатикоеюностомия 8(13%),

изолированный анастомоз с правым долевым протоком – 5(8%), резекция правого латерального сектора печени – 1. Чрезанастомозное дренирование ЖП по Фелькеру выполнено у 38(61,3%) больных. Сменные транспеченочные дренажи не применяли. Релапаротомия выполнена у 4 больных, дополнительное дренирование под УЗ-контролем – у 6.

У больных с солитарными абсцессами печени предварительно выполняли пункционное дренирование полости под УЗ наведением. У пациентов с милиарными абсцессами печени во время операции вскрывали все видимые абсцессы. У 3 пациентов после операции дополнительно проводили пункционную санацию абсцессов. Умерло 3(4,8%) больных с милиарными абсцессами печени.

Выводы. У всех больных с послеоперационными рубцовыми стриктурами ВЖП и БДА развивается хронический рецидивирующий холангит и высока вероятность развития холангиогенных абсцессов.

Радикальной операцией следует считать полное иссечение рубцовых тканей (с учетом тенденции к распространению проксимально), широкую гепатикоюностомию по Ру. Чрезанастомозное дренирование ЖП по Фелькеру снижает риск несостоятельности анастомоза.

При солитарных абсцессах печени показано предварительное пункционное дренирование полости гнойника с последующей реконструктивной операцией на ЖВП.

При милиарных абсцессах необходимо интраоперационное вскрытие гнойников с последующей пункционной санацией оставшихся полостей.