

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ СТРИКТУР БИЛИОДИГИСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Синило С.Б., Ращинский С.М., Ращинская Н.Т., Сологуб И.М.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: анализ результатов применения различных методов хирургической коррекции стриктур билиодигистивных анастомозов (БДА).

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 3602 больных с желчекаменной болезнью. Проведен анализ 29 историй болезни со стриктурами БДА.

Частота встречаемости стриктур БДА составила 0,8%, в том числе холедоходуоденоана-стомоза (ХДА) – 11 (37,9%), гепатикодуоденоанастомоза (ГДА) – 7 (24,1%), гепатикоэнтеро-роанастомоза (ГЭА) – 5 (17,2%), бигепатикоэнтероанастомоза (БГЭА) – 3 (10,3%), бигепати-кодуденоанастомоза (БГДА) – 2 (6,9%), гепатикогастроанастомоз (ГГА) – 1 (3,4%).

Все пациенты поступили с клиникой холангита: боль в правом подреберье, синдром холестаза и воспалительный синдром. Алгоритмом инструментального обследования явилось: выполнения всем больным УЗИ органов брюшной полости, ФГДС и с осмотром зоны анастомоза. Ретроградная холангиография с применением баллонного обтуратора выполнена 21, чрезкожная чрезпеченочная холангиография – 8, рентгеноскопия желудка с пассажем бария – 4, МРТ – холангиография – 9 больным. При УЗИ и МРТ -холангиограмме кроме билиарной гипертензии были признаки холангита: неравномерное утолщение стенок протоков, воздух в протоках, различная эхоплотность содержимого. Эндоскопическими признаками холангита были: воспаление в области суженного анастомоза и поступление желчи с хлопьями гноя.

Повторные операции выполнены 23 больным с выраженной степенью сужения: реконструкция передней стенки анастомоза – 19, гепатоэнтероанастомоз – 1, резекция гепатикогастроанастомоза с формированием бигепатикоэнтероанастомоза – 1. Чрезкожное чрезпеченочное дренирование внутрипеченочных протоков под контролем УЗИ выполнено 2 больным с выраженной стриктурой БГЭА, склерозирующим холангитом, билиарным циррозом печени, печеночной дисфункцией.

Малоинвазивные видеоэндоскопические хирургические вмешательства на билиодигистивных анастомозах выполнены 6 больным: ГДА – 3, ХДА – 3. Эндоскопическая реконструкция анастомоза папилотомом выполнена 2 больным. Размер анастомоза был сужен до 0,4-0,5 см. Больной с гепатикодуоденоанастомозом суженным до 0,3 см выполнено 3 процедуры по реконструкции передней стенки анастомоза струнным папилотомом с интервалом в 3 месяца и затем дважды с интервалом в 1 неделю выполнена баллонная дилатация анастомоза овальным катетером диаметром до 9 мм с ретроградным эндоскопическим лаважом протоков. Одному пациенту с резковыраженным сужением анастомоза и явлениями холангита вначале выполнена реконструкция анастомоза игольчатым папилотомом. Явления холангита уменьшились. Через 3 дня выполнена реконструкция анастомоза струнным папилотомом до 5 мм и ретроградный лаваж протоков, установлен трубчатый временный стент 7Fr с каркасной целью. Клинически явления холангита купированы. Двоим больным с сужением анастомоза до 0,5 см произведена баллонная дилатация анастомоза. Осложнений и летальных исходов не было.

Заключение. Считаем предпочтительнее малоинвазивные эндоскопические методики коррекций сужений билиодуоденоанастомозов. В случаях сужений билиоэнтероанастомозов возможны как открытые реконструктивные операции, так и малоинвазивные методики с помощью двухбаллонной энтерографии. Хирургическая коррекция стриктур анастомозов оправдана в специализированных центрах.