

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР  
ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

**Белеков Ж.О., Джапиев У.Х.**

Ошский межобластной центр онкологии

Ошская межобластная объединенная клиническая больница

Ош, Кыргызская Республика

**Резюме.** Цель работы – анализ результатов хирургического лечения рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. На основании анализа оперативного лечения 23 больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков было показано, что основным видом оперативного лечения является реконструктивная операция по Ру. Послеоперационные осложнения возникли у 3 (13%) пациентов. Послеоперационная летальность составила 4,3 % (1 больной).

**Ключевые слова:** стриктура желчных протоков, реконструктивная операция, билиодигестивный анастомоз по Ру.

**БООР СЫРТЫНДАГЫ ӨТ ТҮТҮКТӨРҮНҮН ТЫРЫКТУУ СТРИКТУРАЛАРЫН  
ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН ЖҪЫЙНТЫКТАРЫ**

**Белеков Ж.О., Джапиев У.Х.**

Ош област аралык онкология борбору

Ош област аралык бириккен клиникалык ооруканасы

Ош, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Эмгектин максаты – боор сыртындагы өт түтүктөрүнүн тырыктуу стриктураларын хирургиялык дарылоонун жыйынтыктарын талдоо. Боор сыртындагы өт түтүктөрүнүн тырыктуу стриктуралары бар 23 оорулуулардын оперативдик дарылоосун талдоо негизинде Ру реконструктивдик операциясы дарылоонун негизги түрү экени көрсөтүлгөн. Операциядан кийинки кошумча оорулар 3 (13%) бейтапта орун алышты. Операциядан кийинки өлүм саны 4,3% түздү (1 оорулуу).

**Негизги сөздөр:** өт түтүктөрүнүн стриктурасы, реконструктивдик операция, Ру боюнча билиодигестивдик анастомоз.

**THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CICATRICAL STRICTURES  
OF THE EXTRAHEPATIC BILE DUCTS**

**Belekov J.O., Djapiev U.H.**

Osh Interregional oncology center

Osh Interregional united clinical hospital

Osh, Kyrgyz Republic

**Resume.** The purpose of the work - analysis of results of surgical treatment of cicatricial strictures of the bile ducts. Based on the analysis of surgical treatment of 23 patients with scar strictures of the bile ducts, it was shown that the main type of surgery is reconstructive surgery Roux. Postoperative complications occurred in 3 (13%) patients. Postoperative lethality accounted 4.3% (1 patient).

**Keywords:** bile duct stricture, reconstructive surgery, Roux biliodigestive anastomosis.

**Актуальность.**

Рубцовые стриктуры желчных протоков (РСЖП) в основном развиваются при ятрогенных травмах внепеченочных желчных протоков (ВЖП) во время холецистэктомии (ХЭ), а также при резекции желудка, эхинококкэктомии из печени, после первичного восстановления «свежих» повреждений ВЖП при абдоминальных травмах [1-3]. По данным Э.И. Гальперина, травмы ВЖП при открытой ХЭ встречаются в 0,1-0,8%, при лапароскопической ХЭ – 0,3-3% случаев [1]. Частота повреждений ВЖП при резекции желудка невелика и составляет в среднем 0,14% [2, 4, 5]. Реже травмы ВЖП возникают в результате эхинококкэктомии из печени, при проникающих и закрытых травмах живота [3, 4]. После ятрогенных травм РСЖП развиваются в отдаленном периоде у 20-30% больных [1, 5].

Неудовлетворительные результаты оперативного лечения повреждений ВЖП связаны с задержкой созревания соединительной ткани в месте ранения протока с образованием грубого рубца; микрофлорой, проникающей в желчные пути из кишечника после наложения билиодигестивного анастомоза; ишемией проксимального отдела общего печеночного протока; наложением анастомоза с тонкостенным узким протоком;

выполнением операции недостаточно опытным хирургом; недостаточной прецизионностью при наложении соустья; оставлением рубцовых тканей в области анастомоза [3, 4].

**Цель работы:** анализ результатов хирургического лечения РСЖП.

**Материал и методы.**

Представленная работа основана на опыте хирургического лечения 23 больных с РСЖП, оперированных в Национальном Госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и хирургическом отделении №1 Ошской межобластной объединенной клинической больницы в период с 1998 по 2014 года. Возраст больных от 21 до 81 года. Мужчин было 6 (26%), женщин – 17 (74%).

Основным видом операции, ставшей причиной РСЖП, была ХЭ – 21 (91,3%). Из них традиционная ХЭ была произведена в 16 (76,2%) наблюдениях, лапароскопическая ХЭ – в 5 (23,8%). В остальных 2 (8,7%) случаях причиной РСЖП оказались эхинококкэктомия из печени (1) и ушивание посттравматического разрыва печени (1).

В таблице 1 представлено распределение больных с РСЖП, основанное на классификации Э.И. Гальперина [1].

Таблица 1.  
Распределение больных с РСЖП

Тип	Описание повреждения	абс	%
+2	Культи ОПП $\geq 2$ см	7	30,4
+1	Культи ОПП = 1 см	6	26,1
0	Культи ОПП = 0 см	7	30,4
-1	Культи ОПП нет, сохранен свод конfluence печеночных протоков	2	8,7
-2	Конfluence печеночных протоков разрушен	1	4,3
-3	Разрушение долевых протоков	-	-
Итого:		23	100



Рисунок 1. Фистулохолангиография собст. наблюдения.  
Стриктура тип 0 (по Э.И. Гальперину)

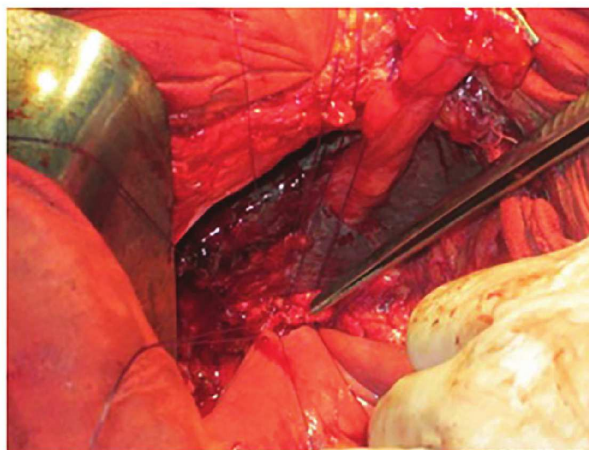


Рисунок 2. Формирование передней губы  
бигепатикоэнтероанастомоза однорядными узловыми швами.

Диагностический алгоритм включал в себя общеклинические и биохимические лабораторные и инструментальные методы исследования. УЗИ проводилось во всех случаях на до- и послеоперационном этапах и позволял выявить механическую желтуху, гепатомегалию, расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, наличие протоковых конкрементов, состояние поджелудочной железы, наличие свободной жидкости в брюшной полости. В норме внутрипеченочные желчные протоки при УЗИ не видны. При наличии наружного желчного свища, из-за отсутствия расширения

желчных протоков, информативность УЗИ снижается. Основную роль в топической диагностике (уровень и протяженность стриктуры у больных с дренажами в желчных протоках) играла фистулохолангиография (рисунок 1).

Ведущими клиническими проявлениями РСЖП являлись механическая желтуха, холангит, наружный желчный свищ и симптомы, обусловленные билиарным циррозом печени.

**Результаты и обсуждение.**

Основным методом хирургической коррекции

явилось наложение билиодигестивных анастомозов. Малоинвазивные эндоскопические методы декомпрессии желчных путей не могут радикально излечить основной процесс, устранить стриктуру, а достигаемый положительный эффект – явление временное. Выбор способа операции зависел от локализации стриктуры, ее протяженности, состояния дистального и проксимального сегментов гепатикохоледоха, выраженности перидуктального фиброза, воспалительных изменений, а также от тяжести состояния больного.

Реконструктивное оперативное лечение заключалось в формировании би-, три- и гепатикоэюностомии по Ру. При высоких стриктурах для создания оптимального билиодигестивного анастомоза производили продольное рассечение левого печеночного протока по Керу до 1-1,5 см. У пациентов, которым производили предоперационное наружное дренирование желчных протоков, дренажные трубки удаляли. После мобилизации гепатикохоледоха участок тощей кишки длиной 60-80 см изолировали по Ру для создания билиодигестивного анастомоза, который формировали конец в бок с использованием узловых швов рассасывающимися нитями условных размеров 3/0-4,0 (Biosin, PDSII, Monocol, Айкол) (рис. 2). В методологии билиодигестивной операции по Ру важное значение придаем прецизионной технике анастомозирования и атравматическому шовному материалу с декретированными сроками рассасывания. Если в процесс было вовлечено более одного протока, то накладывали отдельные анастомозы на одной кишечной петле.

Из всех больных 9 (39,1%) на первом этапе было произведено наружное дренирование ВЖП, у 2 (8,6%) больных имелся наружный желчный свищ. Соответственно эти 11 (47,8%) больных госпитализированы с купированной механической желтухой. А остальные 12 (52,2%) больных госпитализированы с механической желтухой. Были выполнены следующие операции: тригепатикоэюностомия по Ру (1 больной), бигепатикоэюностомия по Ру (12 больных), гепатикоэюностомия по Ру (4 больных), холедохоеюностомия по Ру (2 больных), холецистоэюностомия по Ру (1 больной), холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову (1 больной), наружное дренирование ВЖП (2 больных). Одной больной был наложен раздельный бигепатикоэюноанастомоз на одной тонкокишечной петле, выключенной по Ру. В одном наблюдении предварительно были проведены эхонавигационные чрескожные чреспеченочные дренирования 3 абсцессов печени.

Хирургические операции при РСЖП приходится выполнять в сложных условиях. В связи с наличием выраженного спаечного процесса, инфильтратов, нарушающих топографо-анатомические взаимоотношения между органами, большой частоты высоких стриктур (10 больных, 43,4%) возникает опасность повреждения сосудов гепатодуоденальной связки, полого органа.

Больные с РСЖП нередко находились в тяжелом состоянии, обусловленном механической желтухой, гнойным холангитом, интоксикацией, печеночной недостаточностью.

В 3 наблюдениях во время адгезиолизиса и ревизии были обнаружены и вскрыты абсцессы брюшной полости (2) и печени (1). У одного больного была удалена оставшаяся во время первой операции часть шейки желчного пузыря и кармана Гартмана. У 4 больных проведены гепатиколитотомии, из которых в двух случаях в комбинации с устранением холедоходуоденального свища (1) и разобщением гепатикодуоденоанастомоза из-за стриктуры этого соустья (1). Интраоперационно у 3 больных было кровотечение из воротной вены, которое было остановлено ушиванием атравматическим шовным материалом. В двух случаях операция была завершена наружным дренированием ВЖП как окончательный этап оперативного лечения.

Ближайшие результаты оперативного лечения оценивали по частоте послеоперационных осложнений и летальности. Из всех 23 больных послеоперационные осложнения зарегистрированы у 3 (13%) пациентов: несостоятельность швов бигепатикоэюноанастомоза по Ру – 1, нагноение операционной раны – 2. Послеоперационная летальность составила 4,3 % (1 больной). Причиной летальности явилась несостоятельность швов бигепатикоэюноанастомоза по Ру, развившейся на 2 сутки после операции.

#### **Вывод.**

Таким образом, анализ хирургического лечения РСЖП показывает, реконструктивные оперативные вмешательства в объеме билиодигестивного анастомозирования по Ру с применением однорядного прецизионного шва считаются операцией выбора. Реконструктивные операции, как завершающий этап хирургического лечения РСЖП, должны выполняться в специализированных учреждениях хирургами высокой профессиональной компетенции в области гепатобилиарной хирургии.

#### **Литература:**

1. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю., Кузовлев Н.Ф., Дюжева Т.Г. Диагностика и лечение различных типов высоких рубцовых стриктур печеночных протоков // *Хирургия*. – 2004. – № 5. – С. 26-31.
2. Зюбина Е.Н. Ятрогенные травмы и стриктуры желчевыводящих протоков // *Хирург*. – 2008. – № 4. – С. 13-20.
3. Гадиев С.И., Курбанова Э.М. Хирургическое лечение ятрогенных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков // *Хирургия*. – 2011. – № 7. – С. 83-86.
4. Шевченко Б.Ф. Хирургическое лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков // *Хирург*. – 2008. – № 5. – С. 15-19.
5. Tocchi A., Mazzoni G., Liotta G. et al. Management of benign biliary strictures: biliary enteric anastomosis vs endoscopic stenting // *J. Arch. Surg*. – 2000. – V. 135, N. 2. – P. 153-157.