

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Ф.Г. НАЗИРОВ¹, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ²

1 - Республиканский специализированный Центр хирургии им. акад. В.Вахидова, Республика Узбекистан, г. Ташкент

2 - Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

МАГИСТРАЛ ЎТ ЙЎЛЛАРИНИНГ ЖАРОҲАТДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚЛИ СТРИКТУРАЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ ТАҲЛИЛИ

Ф.Г. НАЗИРОВ¹, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ²

1 – Акад. В.Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

2 – Самарқанд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF POSTTRAUMATIC SCARRING STRUCTURES OF THE MAIN BILE DUCTS

F.G. NAZIROV¹, Z.B. KURBANIAZOV²

1 - Republican Specialized Surgery Center named after. acad. V.Vahidova, the Republic of Uzbekistan, the city of Tashkent

2 - Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Тадқиқот иши 2007 йилдан 2017 йилгача хирургик операция ўтказган 153 нафар беморнинг даволаш натижаларига асосланган. Улардан 134 (87,6%) нафари ўт йўллари жароҳатидан кейинги чандиқли стриктураси билан ва 19 (12,4%) нафарда билиодигестив анастомоз стенози бўлиб, гепатикохоледох стриктураси туфайли олдин бажарилган операциядан кейинги ҳолат. Операциядан кейинги узоқ даврда умумий кузатилган беморлар орасидан 55,3% ҳолатда яхши натижалар кузатилди. 44,7% беморда касаллик қайталанди. Бу тоифадаги беморлардан 64,7%да ёки умумий кузатилган беморлар орасидан 28,9%да қайта операция ижобий натижага олиб келди. Якуний ҳулосага кўра 84,2% беморда яхши ва қониқарли натижаларга эришилди. Операциядан кейинги узоқ даврда қониқарсиз натижа ва ўлим кўрсаткичи 15,8%дан ташиқил этди.

Калит сўзлар: ўт йўллари, чандиқли стриктуралар, хирургик даволаш.

This work is based on the experience of treating 153 patients operated in connection with posttraumatic cicatricial strictures of the hepatic ducts (134-87.6%), as well as with cicatricial stenoses of biliodigestive anastomoses (19 - 12.4%), formed earlier due to trauma hepatitis choledoch in the period from 2007 to 2017. The tactics of treatment of strictures of the hepatic ducts made it possible to obtain good results in 55.3% of the observations from the total number of patients traced in the long-term period. Relapse of the disease occurred in 44.7% of patients. Repeated operation allowed satisfactory results in 64.7% of this category of patients or in 28.9% of the total number of observations. Ultimately, the overall percentage of good and satisfactory results is 84.2%, the incidence of unsatisfactory results and mortality in the long-term period is 15.8%, respectively.

Key words: bile ducts, scar strictures, surgical treatment.

Несмотря на давно отработанную и постоянно совершенствующуюся технику выполнения холецистэктомии, частота повреждений желчных протоков не имеет тенденции к снижению [3, 7, 18]. Авторы, занимающиеся проблемой реконструктивной хирургии внепеченочных желчных путей, отмечают, что, по сравнению с холецистэктомией из традиционного доступа, внедрение лапароскопической холецистэктомии повлекло за собой увеличение частоты повреждений желчных протоков в 2-4 раза, и в процентном соотношении составляет 0,1-3% [2, 16].

Последствия ятрогенного повреждения желчных протоков способны нанести катастрофический урон здоровью больного, и только своевременно и грамотно выполненная операция

способна предотвратить развитие столь тягостных осложнений как билиарный цирроз, портальная гипертензия, гнойный холангит, печеночная недостаточность [1, 4, 17]. Из этого следует, что диагностика повреждений желчных протоков должна быть ранней, однако, в действительности более половины всех повреждений выявляются в послеоперационном периоде [2, 18].

Сложнейшие в техническом исполнении оперативные вмешательства, направленные на ликвидацию последствия травмы протоков, должны выполняться только в специализированных гепатобилиарных центрах [6, 19]. В случае выполнения операции хирургом, не имеющим достаточного опыта в гепатобилиарной хирургии, смертность возрастает до 30% [12, 14].

В тоже время, если операция производится в специализированном центре, успешный результат фиксируется в 90%. «Золотым стандартом» в настоящее время принято считать «высокий» билиодигестивный анастомоз (БДА) на петле тонкой кишки, выключенной по Ру [7, 11, 15].

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в этой сложнейшей области хирургии, неудовлетворительные результаты даже у самых опытных хирургов, отмечаются в среднем в 10% наблюдений [8, 10, 13]. Чаще всего неудачи отмечаются при операциях, предпринятых по поводу стриктур, разобщающих систему долевых протоков или поражающих один из долевых протоков. Такие больные нуждаются в повторных, иногда неоднократных реконструктивных операциях (не всегда успешных), и их справедливо называют «билиарными калеками» [5, 9, 20].

Таким образом, сохраняющаяся и не снижающаяся частота повреждений желчных протоков, их катастрофические последствия, сложности в ранней диагностике, трудности в хирургической коррекции, значительное число неудовлетворительных результатов, а также не самое лучшее качество жизни пациентов свидетельствуют о том, что данная проблема является актуальной.

До сих пор остается открытым вопрос о причинах рецидивов стриктур, которые наблюдаются у 10% больных, оперированных в специализированных центрах. Также подлежат обсуждению вопросы хирургической тактики, которые зависят от уровня стриктуры. В частности, не определена роль резекции печени как метода лечения стриктур долевых протоков. Указанные обстоятельства диктуют необходимость дальнейшего совершенствования взглядов на данную проблему.

Материал исследования. В основу данной работы включены опыт лечения 153 пациентов, оперированных в Республиканском специализированном Центре хирургии им академика В. Вахидова, в клинике СамМИ и ЛПУ города Самарканда в связи с посттравматическими рубцовыми стриктурами печеночных протоков (134 - 87,6%), а также с рубцовыми стенозами билиодигестивных анастомозов (19 - 12,4%), сформированных ранее в связи с травмой гепатикохоледаха в сроки с 2007 по 2017 год.

Возраст больных варьировал от 21 до 77 лет. Средний возраст составил $48,12 \pm 1,4$ года. Указанные данные свидетельствуют о том, что большинство больных находились в трудоспособном возрасте.

Женщин было 111 или 72,8% от общего числа больных, мужчин 42 или 27,2 % от общего числа наблюдений.

Среди 137 (89,5%) пациентов причиной развития стриктуры внепеченочных желчных протоков послужила непреднамеренная травма гепатикохоледаха в процессе холецистэктомии. Из этого числа больных у 23 пациентов (16,9%) травма произошла во время лапароскопической холецистэктомии. У 93 больных (67,9%) травма произошла во время традиционной или так называемой «открытой» холецистэктомии, у 21 (15,2%) при минилапаратомной холецистэктомии.

У 6 больных (4,2%) повреждение протоковой системы произошло в процессе выполнения резекции желудка по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, у 1 (0,8%) после гастрэктомии по поводу опухоли желудка, у 9 (5,1%) больных по поводу эхинококкоза печени и его осложнений.

Ко времени поступления из 153 больных лишь 56 (36,6%) больных имели в анамнезе одну операцию, а 97 пациента (63,4%) поступили имея в анамнезе от двух до 4 безуспешных операций, выполненных ранее в связи с повреждением гепатикохоледаха.

Диагностический алгоритм базировался на учете клинических симптомов и применении комплекса современных диагностических методов исследования. Инструментальные методы диагностики принципиально распределялись на методы, выполняемые с контрастированием и без контрастирования желчных протоков. К первым относили чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ), эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРПХГ), фистулохолангиографию.

Методами, выполняемыми без контрастирования, были магнитная резонансная томография (МРТ), ультразвуковое исследование (УЗИ) и спиральная компьютерная томография (СКТ) брюшной полости.

Показания к оперативному лечению определялись по совокупности клинических проявлений, данных клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования. С учетом изложенного, показаниями к оперативному лечению были:

- клиническая картина холангита (вне зависимости от его формы);
- наличие механической желтухи;
- наличие наружного желчного свища;
- стриктура печеночных протоков, доказанная инструментально;
- сочетание указанных факторов и возможность выполнения операции (с позиции анестезиологического риска и перспективности оперативного вмешательства).

Одним из важнейших факторов, определяющим хирургическую тактику, является уровень поражения желчного дерева или тип стриктуры.

Для оценки первичного уровня травмы гепатикохоледа использовался ретроспективный анализ данных сопроводительных и выписных документов наблюдаемых больных, которые соотносились с классификацией стриктур по Э.И. Гальперину (2002). Схематично распределение больных по первичному уровню повреждения представлено на таблице 1.

Среди наблюдавшихся пациентов, первоначальный уровень повреждения гепатикохоледа, удалось выявить у 146 (95,4%) больных. У 7 (4,6%) больных поступивших из других стационаров уровень стриктуры был выявлен только после лапаротомии, поскольку медицинская документация не содержала необходимую информацию. Все 153 пациента подверглись оперативному лечению (табл. 2).

Принято считать, что адекватность или степень радикальности выполненной операции, определяет качество отдаленных результатов. Под термином «радикальность» в первую очередь подразумевалось:

- полное иссечение рубцовых тканей протока с последующим сопоставлением неизмененных слизистых протока и кишки;

- формирование анастомоза с петлей кишки, выключенной по Ру;

- создание широкого БДА, диаметром не менее 15 мм с использованием монопонтей, диаметром не толще 4/0.

Ближайшие результаты оценивались по числу и характеру осложнений, развившихся в послеоперационном периоде, числу летальных исходов. Отдаленные результаты оценивались по данным стационарного и амбулаторного обследования, а также путем анкетирования.

Результаты и обсуждение. Ведущими клиническими симптомами стриктуры были различной степени выраженности холангит – 82 (53,6%), желтуха – 119 (77,8%). Наружный желчный свищ имелся у 57 (37,2%) пациентов, при этом у 14 больных он был полным. Средние показатели суточного дебита желчи у больных с желчным свищем составили $604,2 \pm 45$ мл.

Как показал ретроспективный анализ собственных наблюдений, среди методов, выполняемых с прямым контрастированием, наиболее информативным следует признать ЧЧХГ – 47 (88,6%) из 53, затем фистулохолангиографию – 31 (67,4%) из 46, ЭРПХГ – 14 (19,7%) из 71.

Таблица 1.

Причины и уровень рубцовой стриктуры желчного протока

Тип повреждения	ТХЭ по поводу		ЛХЭ по поводу		МЛХЭ по поводу		Резекция желудка и гастрэктомия	ЭЭ из печени и ВЖП	Всего
	ОКХ	ХКХ	ОКХ	ХКХ	ОКХ	ХКХ			
«+2 Тип»	14	12	-	-	-	-	3	2	31
«+1 Тип»	16	11	3	-	3		2	2	37
«0 Тип»	14	12	5	-	4	3	-	1	39
«-1 Тип»	4	6	3	3	3	3	2	2	26
«-2 Тип»	5	4	7	1	1	2	-	-	20
Всего	53	45	18	4	11	8	7	7	153

Таблица 2.

Методы хирургической коррекции посттравматической стриктуры печеночных протоков в зависимости от ее типа

Операция	Тип стриктуры					Всего
	+2	+1	0	-1	-2	
ББА	27	14	-	-	-	41
Стентирование	4	2	-	-	-	6
ГепДА	-	3	-	-	-	3
ГепЕА	-	1	37	26	-	64
БиГепЕА	-	-	-	-	20	20
Разобщение ГепДА, наложение ГепЕА	-	3	-	-	-	3
Антеградное бужирование	-	2	2	-	-	4
Эндоскопическое вмешательство	-	12	-	-	-	12
Всего	31	37	39	26	20	153

Ведущие клинические проявления рубцовой стриктуры желчных протоков

Проявления патологии	Количество	%
Механическая желтуха	71	46,5
Механическая желтуха и холангит	25	16,2
Механическая желтуха + наружный желчный свищ + холангит	23	14,9
Наружный желчный свищ + холангит	34	22,4
Всего	153	100

Хирургическое лечение рубцовых стриктур может быть как одноэтапным, так и состоять из двух этапов. В случаях уже сформированных стриктур стенки желчного протока, как правило, значительно уплотнены и пригодны для формирования герметичного билиодигестивного анастомоза и с чисто технической точки зрения, именно уровень стриктуры будет отправной точкой в выборе метода операции при сформированных стриктурах протоков и БДА. При интенсивной желтухе и высоком риске декомпенсации печеночной недостаточности, операция формирования БДА представляет собой высокий риск развития послеоперационных осложнений, вплоть до летального исхода. Единственно правильной тактикой в подобных ситуациях следует считать двухэтапное лечение: первым этапом выполняется наружное отведение желчи (формирование наружного желчного свища или чрескожная холангиостомия). После стабилизации состояния больного производится второй этап - реконструктивная операция.

В подавляющем большинстве наблюдений 87 (56,8 %) больным, операцией выбора был БДА на петле по Ру. Восстановительные операции составило 41 (26,8%), гепатикодуоденоанастомоз – 3 (1,96%), рентгеноэндобилиарные вмешательства – 22 (14,4%).

Ретроспективный анализ выполненных вмешательств показал, что наиболее часто удавалось создать широкий анастомоз при стриктурах, не захватывающих верхний свод конfluence. Так, при стриктуре «+1, 0, -1» в большинстве случаев удалось сформировать анастомоз шире 15 мм, за счет выделения левого печеночного протока у места слияния его с правым протоком под портальной пластинкой, так называемая операция Нерр - Couinaud. Это дает возможность выделять протоки вне рубцовых тканей и накладывать анастомоз шириной до 2-3 см главным образом за счет левого печеночного протока. В группе больных с типом «-2» подобное оказалось возможным лишь у 17 больных (19,5%).

Чем выше был уровень стриктуры, тем чаще приходилось прибегать к транспеченочному дренированию зоны БДА. Так, в группе «+1» от-

сутствовала необходимость в применении транспеченочного дренажа. В группе «0;-1» необходимость в указанных мероприятиях имела в 19,5% (17) и 29,88% (26) наблюдений. В группе больных с «-2» типом во всех наблюдениях потребовалось транспеченочное дренирование зоны БДА.

Таким образом, ретроспективный анализ выполненных вмешательств показал, что наиболее благоприятные возможности для выполнения радикальной операции имелись при стриктурах «+1;0;-1».

41 больному выполнено восстановительные операции. 3 больным наложен гепатикодуоденоанастомоз (ГепДА). 6 больным со стриктурой ГХ первым же этапом выполнено эндоскопическое стентирование желчного протока с удовлетворительным результатом.

4 больных поступили клиникой механической желтухи после операции ГепЕА по Ру, им выполнено сеансы антеградного бужирования с удовлетворительным результатом.

12 больным с клиникой рецидивирующий холангит и стеноз ГепДА потребовались неоднократные сеансы эндоскопической баллонной дилатации и диатерморасширения.

Среди 153 оперированных больных различного рода осложнения отмечены у 41 (26,8%) больных, в раннем послеоперационном периоде умерли 11 пациента (7,2%). Общая характеристика осложнений, выявленных в ближайшем послеоперационном периоде, отражена в таблице 4.

Печеночно-почечная и полиорганная недостаточность отмечена у 4 (2,6%) и 12 (7,8%) больных соответственно. Ретроспективный анализ данных анамнеза этих больных показал, что все они были ранее неоднократно оперированы по поводу основного заболевания, имели в анамнезе длительную и интенсивную желтуху, гистологически выявленный билиарный цирроз.

В 7 из 16 наблюдений данного осложнения указанные состояния были излечены консервативно. В 9 наблюдениях полиорганная недостаточность привела к летальному исходу.

В 2 случаях летальный исход был в первые сутки после операции в следствии острой сердечно – сосудистой недостаточности.

Общая характеристика осложнений, выявленных в ближайшем и раннем послеоперационном периоде у больных с рубцовыми стриктурами печеночных протоков и БДА

Осложнение	Число больных (абс.)	Число (%)
Печеночная недостаточность	4	2,6
Полиорганная недостаточность	12	7,8
Сердечно – сосудистая недостаточность	2	1,3
Несостоятельность швов БДА	8	5,2
1-Частичная несостоятельность	7	4,6
2-Полная несостоятельность	1	0,65
Тонкокишечный свищ	3	1,9
Внутрибрюшное кровотечение	6	3,9
Гемобилия	6 -из них у 3 после ЧЧХС	3,9

Несостоятельность билиодигестивного анастомоза отмечена у 8 (7,4%) из 108 больных. Примечательно, что несостоятельность БДА развилась у 5 (5,5%) больных с типом стриктуры «0», у 2 (1,85%) больных типом стриктуры «-1», и у 1 (0,9%) пациента, тип стриктуры который классифицировался как «-2». Абсолютное большинство наблюдений несостоятельности БДА (11 больных) пришлось на высокий уровень стриктуры желчных путей, причем лидирующая роль принадлежит без каркасному дренированию. Анализ собственных данных показал, что несостоятельность билиодигестивного соустья развивается, в среднем, на 4-5 сутки послеоперационного периода (от 2 до 12 суток). В общей структуре данного осложнения, в 7 (87,5%) из 8 (100%) наблюдений несостоятельность БДА оказалась частичной и представляла собой наружную желчную фистулу, которая самостоятельно закрылась, в среднем, на 19 суток.

Внутрибрюшное кровотечение имело место у 6 (3,9%) пациента. При релапаротомии во всех наблюдениях явного источника кровотечения обнаружить не удалось: имела место диффузная кровоточивость из мягких тканей, из мест разделенных сращений. Релапаротомия, лигирование и прошивание кровоточащих участков было успешным, рецидива кровотечения не отмечено.

Гемобилия развилась у 3 (1,9%) пациентов после проведенной реконструктивной операции. Этим больным произведена релапаротомия, так как консервативные методы гемостаза были или неэффективными, или эффект от их применения был кратковременным, а эпизоды рецидива кровотечения принимали угрожающий жизни характер. Во всех 3 наблюдениях пришлось прибегнуть к разобщению анастомоза, прошиванию кровоточащего участка. В 3 (1,9%) наблюдений, когда гемобилия явилась следствием чрескожно-чреспеченочных манипуляций, успешно применена консервативная тактика, включающая в себя общепринятые лекарственные и физические методы гемостаза.

Нагноение послеоперационной раны выявлено у 14 (9,15%) пациентов, при этомотягчающими факторами, провоцирующими гнойное воспаление, были избыточная масса тела, большое число перенесенных ранее оперативных вмешательств на органах брюшной полости, рубцовая деформация мягких тканей передней брюшной стенки, травматичность оперативного доступа. Лечение проводилось по общим правилам, с дренированием и санацией гнойного очага.

В отдаленном периоде удалось проследить 114 из 153 пациентов, что составило 74,5%. При этом в группе «+2» отслежены 16 (51,6%) больных, в группе «+1» - 30 (81,1%) больных, в группе «0,-1» - 51 (78,4%), в группе «-2» - 17 (85%). Средний срок наблюдения составил $5,34 \pm 0,5$ года.

Как свидетельствуют наш опыт и данные других авторов, ББА, несмотря на кажущиеся простоту формирования и физиологичность, подвергаются рубцеванию в течение 1–2 лет после операции в 80–100% наблюдений. В наших наблюдениях после восстановительных операций с рестриктурой ГХ поступили 27 больных в сроки от 1 года до 5 лет. В связи с наличием рецидива стриктуры, всем 27 больным потребовались повторные оперативные вмешательства: 21 больным выполнен ГепЕА (17 на транспеченочном каркасном дренаже (ТПКД), 4 - без каркасного дренирования). 6 больным выполнено эндоскопическое стентирование протока с удовлетворительным результатом.

После наложения ГепДА у всех больных в отдаленном послеоперационном периоде наблюдали холангит и стеноз анастомоза: этим пациентам проведены сеансы эндоскопической баллонной дилатации и диатерморасширения.

Из 87 больных после наложения БДА по Ру в отдаленном послеоперационном периоде удалось наблюдать 68 (78,2%) больных. Наш опыт показал, что в 59 наблюдениях полученный результат позволил говорить об отсутствии признаков стриктуры, в 9 наблюдениях отдаленные ре-

ультаты признаны неудовлетворительными. В результате ретроспективного анализа установлено, что рецидив стриктуры наступал, в основном, в течение первых двух лет с момента реконструктивной операции. Так, в течение 1 года рецидив отмечен у 2 пациентов, в сроки от 2 до 3 лет рецидив – 7 пациентов.

Анализ полученных результатов показал, что хороший результат в отдаленном периоде имелся во всех группах, за исключением группы «-1» и «-2». В группе больных с «-1» типом стриктуры, хороший результат зафиксирован в 20 наблюдениях, в 3 первичный результат оказался неудовлетворительным. В группе больных с «-2» типом стриктуры, хороший результат зафиксирован в 11 наблюдениях, в 6 случаях результат оказался неудовлетворительным.

При ретроспективном сопоставлении полученных отдаленных результатов с данными протоколов операций установлено, что при прочих равных условиях, факторами, провоцирующими развитие рестриктуры билиодигестивного анастомоза, являются:

- «-2» тип стриктуры;
- неполное иссечение рубцовых тканей;
- относительно малый диаметр анастомоза.

В связи с наличием рецидива стриктуры, всем 9 больным выполнена антеградное бужирование зоны анастомоза. У 6 из 9 пациентов конечный зафиксированный результат был удовлетворительным. Конечный неудовлетворительный результат зафиксирован у 3 пациентов, оперированных ранее по поводу стриктуры внепеченочных желчных протоков. Из этого числа один больной умер, двое в настоящее время продолжают испытывать частые атаки холангита и эпизоды рецидивирующей желтухи.

Таким образом, тактика лечения стриктур печеночных протоков, позволила получить хорошие результаты в 55,3% наблюдений от общего числа пациентов, прослеженных в отдаленном периоде. Рецидив заболевания возник у 44,7% больных. Повторная операция позволила добиться удовлетворительных результатов у 64,7% из этой категории пациентов или у 28,9 % от общего числа наблюдений. В конечном итоге суммарный процент хороших и удовлетворительных результатов составляет 84,2%, частота неудовлетворительных результатов и летальности в отдаленном периоде составляет по 15,8% соответственно.

Выводы. 1. Подавляющее число посттравматических стриктур внепеченочных желчных протоков образуется в результате их травмы при холецистэктомии. Основными условиями, влияющими на отдаленные результаты реконструктивных операций при стриктурах внепеченочных желчных протоков, являются уровень стриктуры,

полнота иссечения рубцовых тканей, диаметр сформированного билиодигестивного анастомоза.

2. Среди клинических проявлений стриктур желчных протоков преобладают холангит, желтуха, наружный желчный свищ, ведущим лабораторным признаком является синдром холестаза. Среди неинвазивных методов инструментальной диагностики наиболее информативным следует считать магнитную резонансную панкреатохолангиографию. Применение магниторезонансной панкреатохолангиографии позволяет в большинстве наблюдений отказаться от выполнения компьютерной томографии, фистулографии, чрескожных и эндобилиарных методов диагностики стриктур желчных протоков.

3. С позиции отдаленных результатов, оптимальным методом хирургической коррекции большинства посттравматических рубцовых стриктур желчных протоков следует считать билиодигестивный анастомоз, сформированный на петле тонкой кишки, выключенной по Ру.

4. При изолированной стриктуре долевого протока, сопровождающейся полной его деструкцией, распространением процесса на сегментарные желчные пути, а также абсцедирующим холангитом на стороне поражения, показана резекция соответствующих сегментов или доли печени.

5. Дифференцированный и рациональный выбор метода хирургической коррекции стриктуры с выполнением операции высококвалифицированным специалистом позволяет добиться положительных отдаленных результатов в абсолютном большинстве наблюдений.

6. Эффективность реконструктивных операций наиболее высока при стриктурах, не распространяющихся на зону верхнего свода конfluence. Стриктуры, разобщающие систему слияния долевого протока (тип «-2»), являются наиболее сложными для хирургической коррекции и занимают лидирующее место в развитии осложнений, как в ближайшем, так и отдаленном периоде, что позволяет отнести больных с данным типом стриктуры к группе пациентов потенциального риска развития рецидива.

Литература:

1. Агаев Б. А. и др. Прогностические факторы, влияющие на результат лечения послеоперационных стриктур и повреждений магистральных желчных протоков //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №. 12. – С. 44-50.
2. Акбаров М. М., Курбаниязов З. Б., Рахманов К. Э. Совершенствование хирургического лечения больных со свежими повреждениями магистральных желчных протоков //Шпитальна хірургія. – 2014. – №. 4. – С. 39-44.
3. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. Факторы, определяющие выбор операции при «свежих» повре-

ждения магистральных желчных протоков. // Анналы хирургической гепатологии, 2009, том 14, № 1. С. 49-56.

4. Гальперин Э. И., Чевокин А. Ю. "Свежие" повреждения желчных протоков // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №. 10. – С. 4-10.

5. Давлатов С. С., Аскарлов П. А. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии // Молодой организатор здравоохранения: сб. науч. ст. студентов. – 2013. – С. 68.

6. Иванов Ю. В. и др. Профилактика и лечение интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии // Клиническая практика. – 2011. – №. 4. – С. 23-28.

7. Красильников Д. М., Фаррахов А. З., Курбангалеев А. И. Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков // Практическая медицина. – 2010. – №. 47.

8. Курбаниязов З. Б. и др. Хирургическое лечение больных с синдромом Мириizzi // Врач-аспирант. – 2012. – Т. 51. – №. 2.1. – С. 135-138.

9. Курбаниязов З. Б. и др. Хирургический подход к лечению больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 2. С. 14-15.

10. Курбаниязов З. Б. и др. Эффективность использования миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 4. – С. 56-57.

11. Майстренко Н. А. и др. Обоснование хирургической тактики при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2015. – Т. 174. – №. 5.

12. Назыров Ф. Г. и др. Повреждения магистральных желчных протоков (частота причины повреждений, классификация, диагностика и лечение) // Хирургия Узбекистана. – 2011. – №. 4. С. 66-73.

13. Ничитайло М. Ю., Скумс А. В., Шкарбан В.П. Л. А. И. Хирургическое лечение повреждения и стриктуры желчных протоков после холецистэктомии // Клін. хірургія. – 2007. – Т. 2. – С. 21-5.

14. Орловский Ю. Н. Диагностика и лечение повреждений желчных протоков и осложнений их первичной коррекции // Новости хирургии. – 2010. – Т. 18. – №. 5.

15. Саидмуратов К. Б. и др. Хирургическое лечение больных с посттравматическими рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 1. – С. 27-28.

16. Собиров Б. У. и др. Совершенствование тактики хирургического лечения острого холецистита

// Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – Т. 9. – №. 2. – С. 151-152.

17. Rakhmanov K. E. et al. The treatment of patients with major bile duct injuries // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. Т. 9. №. 1. С. 33-34.

18. Kasimov S. et al. Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia // The International Journal of Artificial Organs. – 2013. Т. 36. №. 8. С. 548.

19. Kurbaniyazov Z. et al. Improvement of surgical treatment of intraoperative injuries of magistral bile ducts // Medical and Health Science Journal. – 2012. – Т. 10. – С. 41-47.

20. Kurbaniyazov Z. B., Saidmuradov K. B., Rakhmanov K. E. Результаты хірургічного лікування хворих з посттравматичними рубцевими стриктурами магістральних жовчних протоків та білідігестивних анастомозів // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2014. – Т. 13. – №. 4.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Ф.Г. НАЗЫРОВ¹, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ²

- 1 - Республиканский специализированный Центр хирургии им. акад. В.Вахидова, Республика Узбекистан, г. Ташкент
- 2 - Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

В основу данной работы включены опыт лечения 153 пациентов, оперированных в связи с посттравматическими рубцовыми стриктурами печеночных протоков (134 - 87,6%), а также с рубцовыми стенозами билиодигестивных анастомозов (19 - 12,4%), сформированных ранее в связи с травмой гепатикохоледоха в сроки с 2007 по 2017 год. Тактика лечения стриктур печеночных протоков, позволила получить хорошие результаты в 55,3% наблюдений от общего числа пациентов, прослеженных в отдаленном периоде. Рецидив заболевания возник у 44,7% больных. Повторная операция позволила добиться удовлетворительных результатов у 64,7% из этой категории пациентов или у 28,9 % от общего числа наблюдений. В конечном итоге суммарный процент хороших и удовлетворительных результатов составляет 84,2%, частота неудовлетворительных результатов и летальности в отдаленном периоде составляет по 15,8% соответственно.

Ключевые слова: желчные протоки, рубцовые стриктуры, хирургическое лечение.