

DSO | Department of Surgical  
Oncology

**Школа хирургии**

Стриктуры желчных протоков: патогенез,  
диагностика, лечение

Подготовил студент 4 курса  
педиатрического  
факультета Шевченко А.

**Стриктуры жёлчных протоков** - сужение  
и облитерация просвета желчных путей  
травматического или рубцово-воспалительного  
генеза



# Этиология и патогенез

1. Травматическое повреждение желчных протоков во время операций – 93 - 95%
2. Воспалительные заболевания желчных протоков и соседних органов – 4-7%
3. Паразитарные заболевания (эхинококкоз, описторхоз) – 0,5%
4. Радиотерапия злокачественных новообразований – 0,5%





# Факторы, способствующие развитию стриктур после повреждения желчных протоков

Стриктуры развиваются у 30-50% больных при повреждении желчных протоков.

- **объективные причины:** трудности наложения прецизионного анастомоза; дистальное восходящее кровоснабжение общего желчного протока, приводящее к ишемии проксимального его сегмента; раздражающее действие желчи на стенку протока
- **технические погрешности:** недостаточность анастомоза; использование неадекватного шовного материала; недостаточное иссечение рубцовых тканей; наложение анастомоза с натяжением



Для предотвращения повреждения желчных протоков при холецистэктомии необходимо соблюдать ряд правил:

- Хорошая экспозиция протоков
- При кровотечении НЕЛЬЗЯ накладывать вслепую кровоостанавливающий зажим
- Избегать излишнего разделения сращений





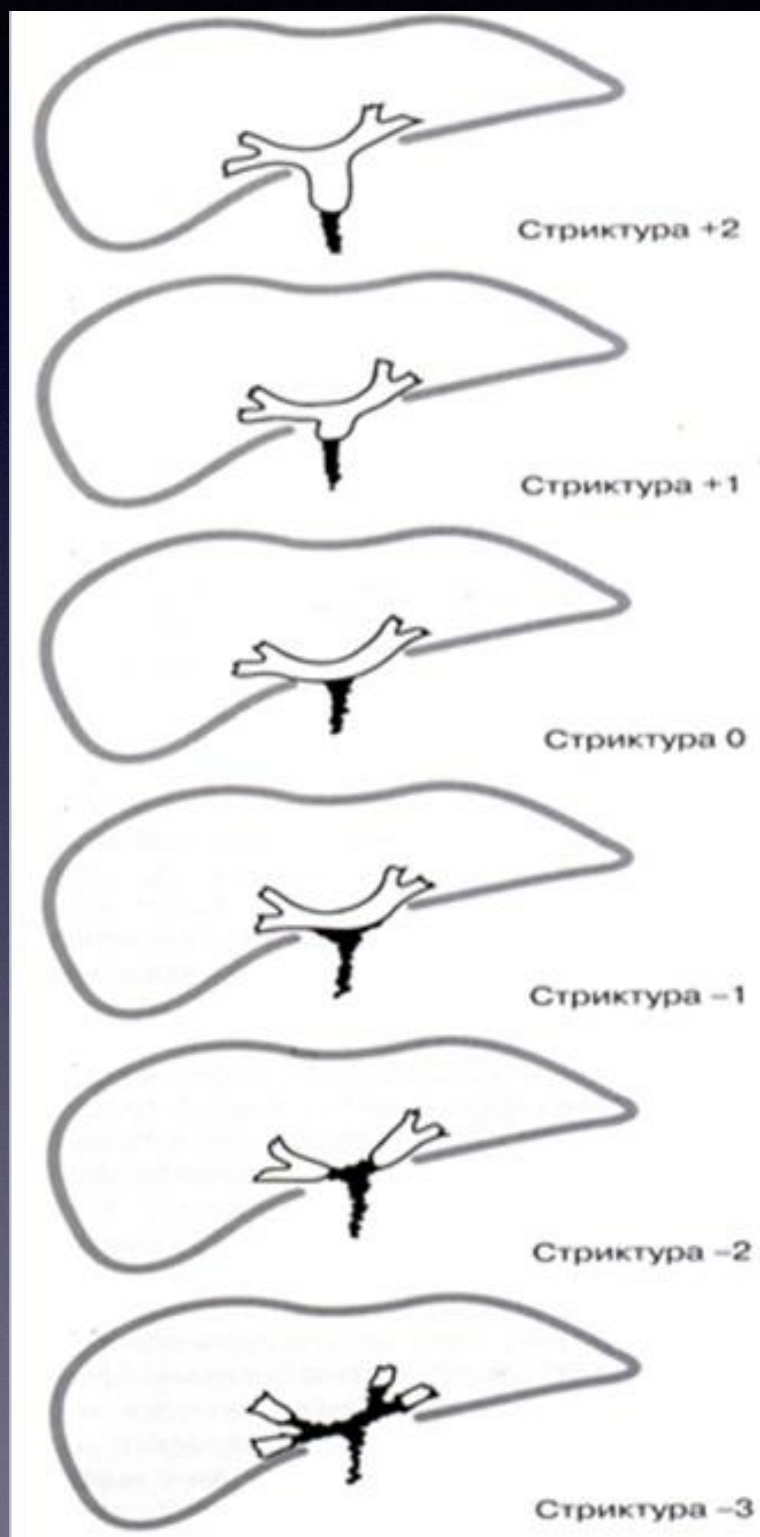
# Классификация по Н. Bismuth (1982 г)

1. Низкая
2. Средняя
3. Воротная стриктура
4. Деструкция конфлюэнса печеночных протоков
5. Вовлечение правого долевого протока в сочетании (или без) с поражением общего печеночного протока





# Классификация по Гальперину (2002 г.)



+2 - протоковая – ОПП больше 2 см.

+1 - подбифуркационная – ОПП 1-2 см.

0 - бифуркационная – ОПП 0-1 см

-1 - трансбифуркационная – сохранена проксимальная стенка бифуркации

-2 - дуктальная – долевыми протоками разобщены

-3 - сегментарная – рубцовое поражение сегментарных протоков

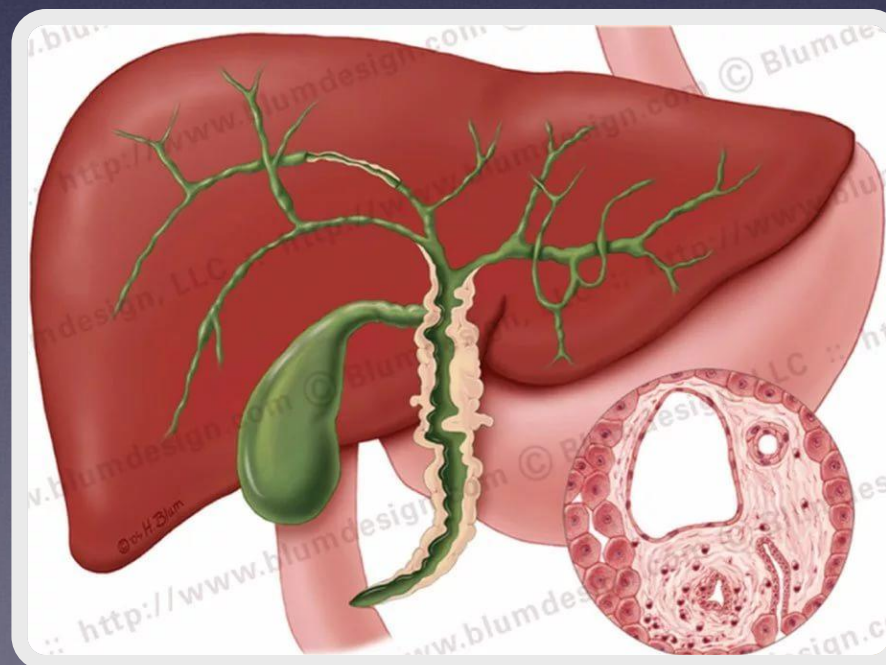


# Клиническая картина

Сформировавшиеся рубцовые стриктуры желчных протоков проявляются **желтухой и холангитом**.

Проявление желтухи (иктеричность кожи и склер, темная моча и обесцвеченный кал) характерны для стриктуры, занимающей  $\frac{1}{3}$  диаметра желчного протока.

Холангит проявляется ознобами с повышением температуры тела до 39-40.



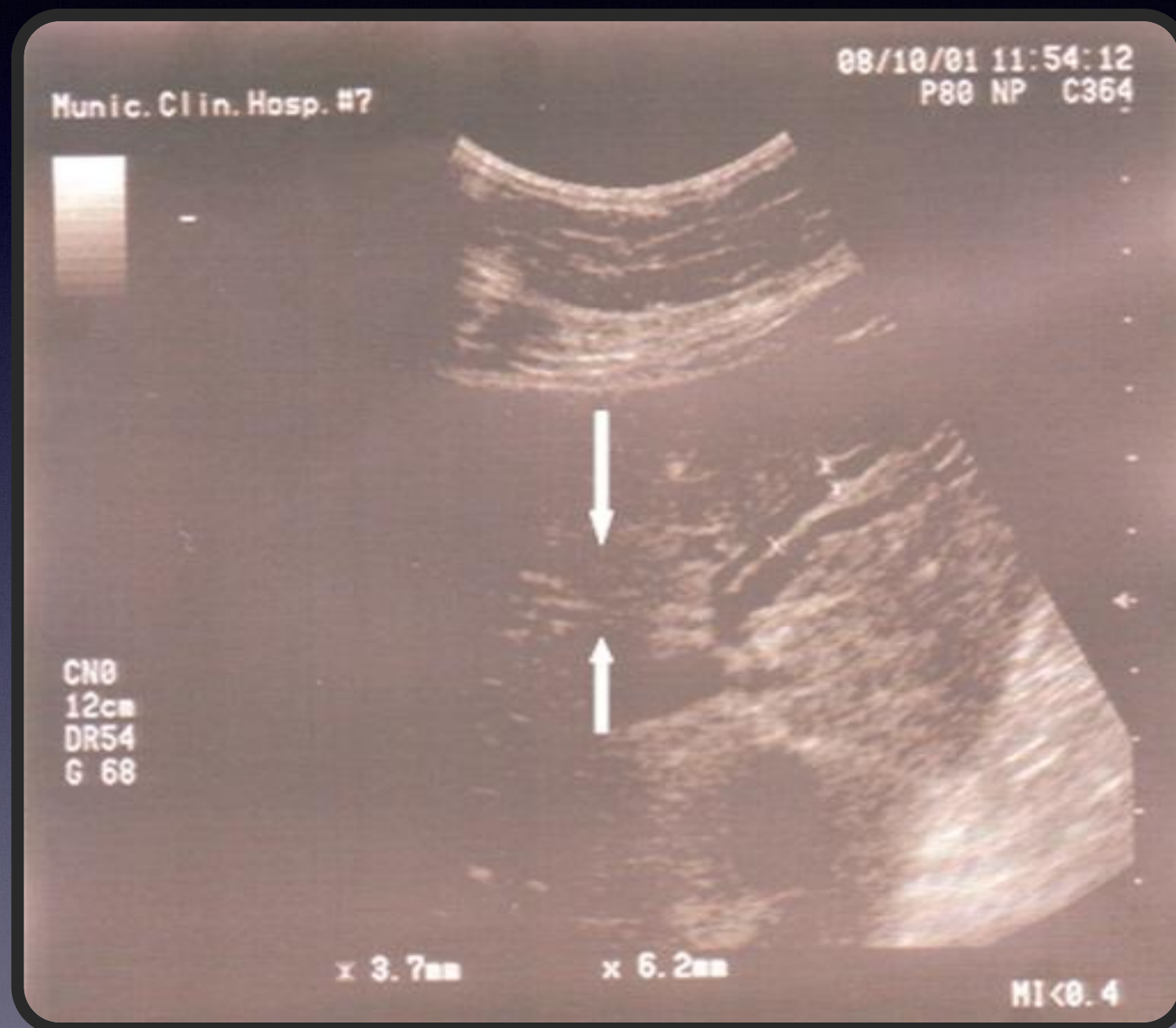


# Диагностика

- УЗИ
- фистулография
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- чрескожная чреспеченочная холангиография

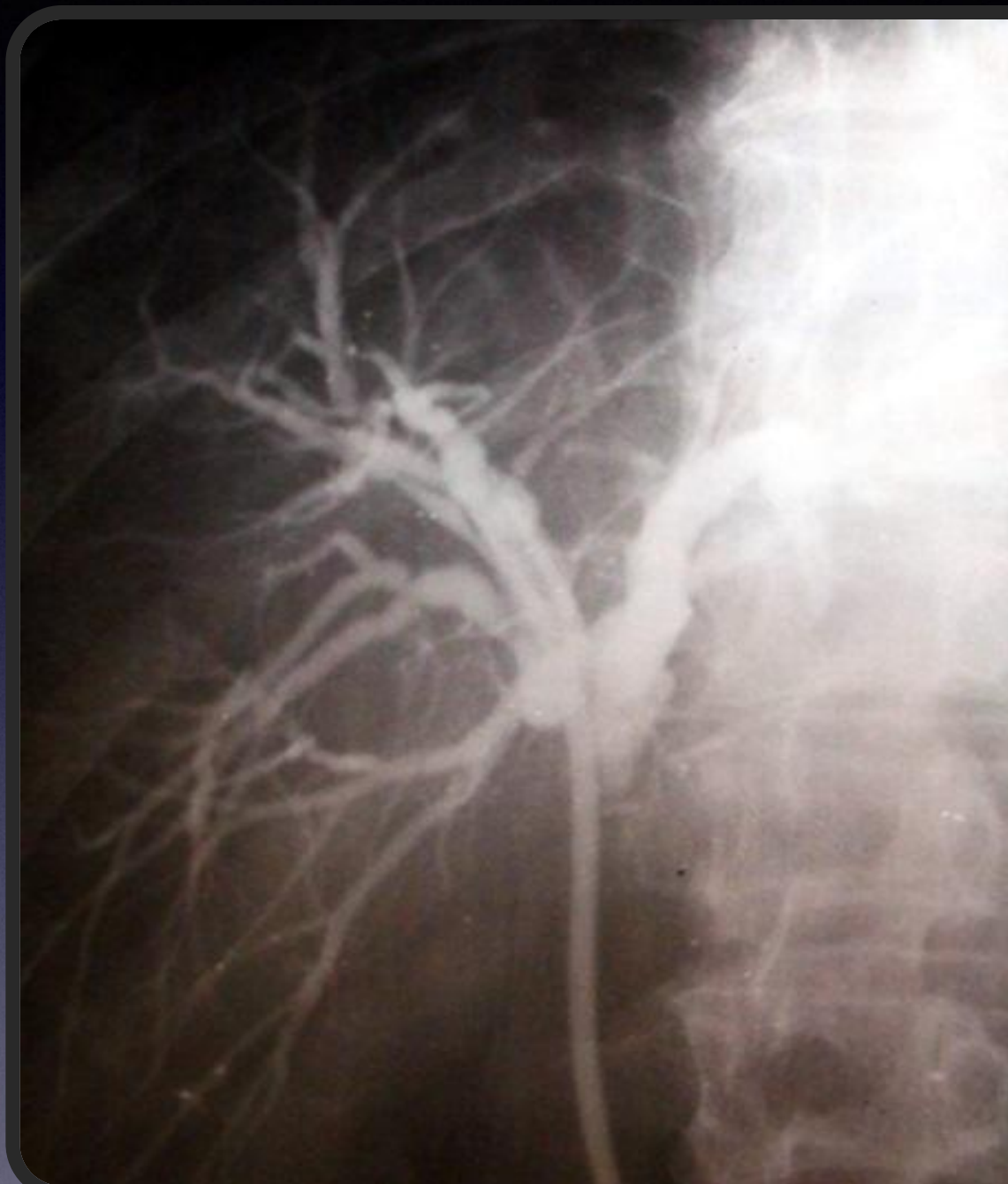


# Ультразвуковое исследование



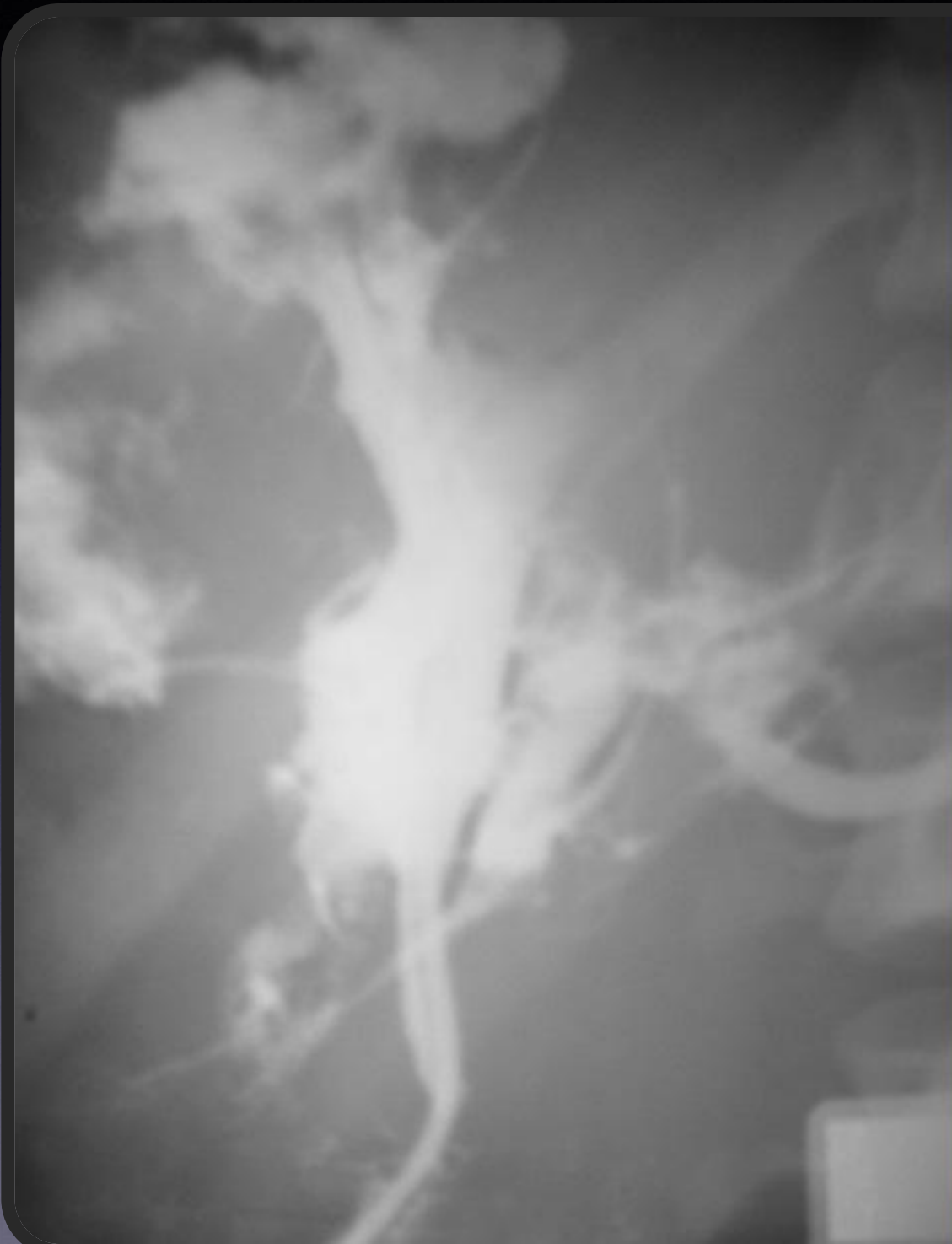


# Фистулография

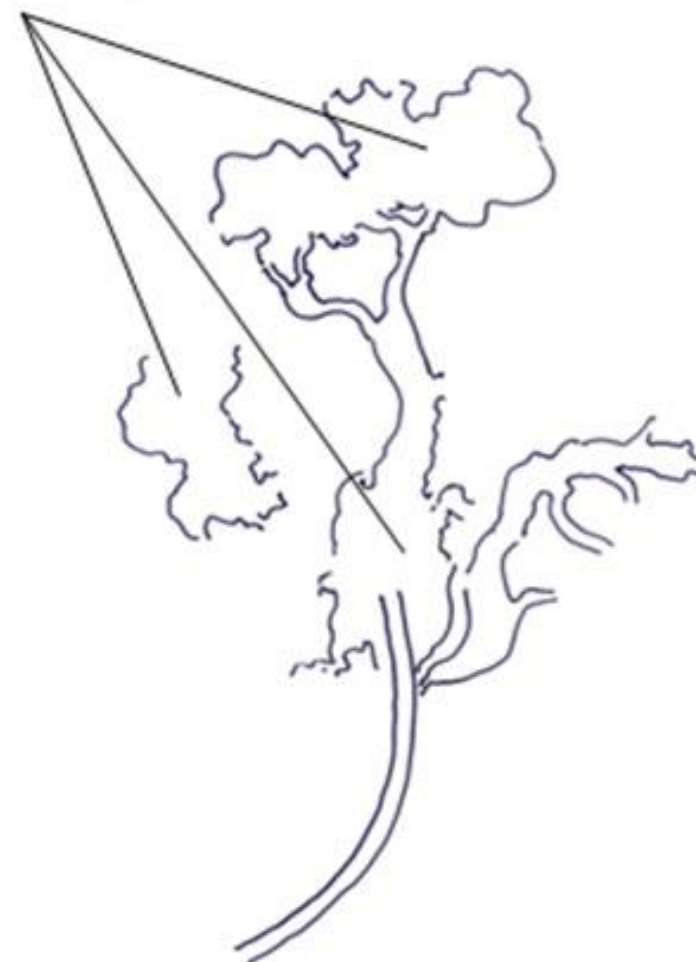


Дренаж





Полости абсцессов



Дренаж



# Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография





# Чрескожная чреспеченочная холангиография





# Лечение

Единственным методом лечения рубцовых стриктур желчных протоков является современная и полноценная хирургическая коррекция.

1. Паллиативные операции (наружное дренирование)
2. Радикальные операции
  - дренирующие операции
  - восстановительные
  - реконструктивные



# Дренирующие операции

Абсолютными показаниями к наружному дренированию являются:

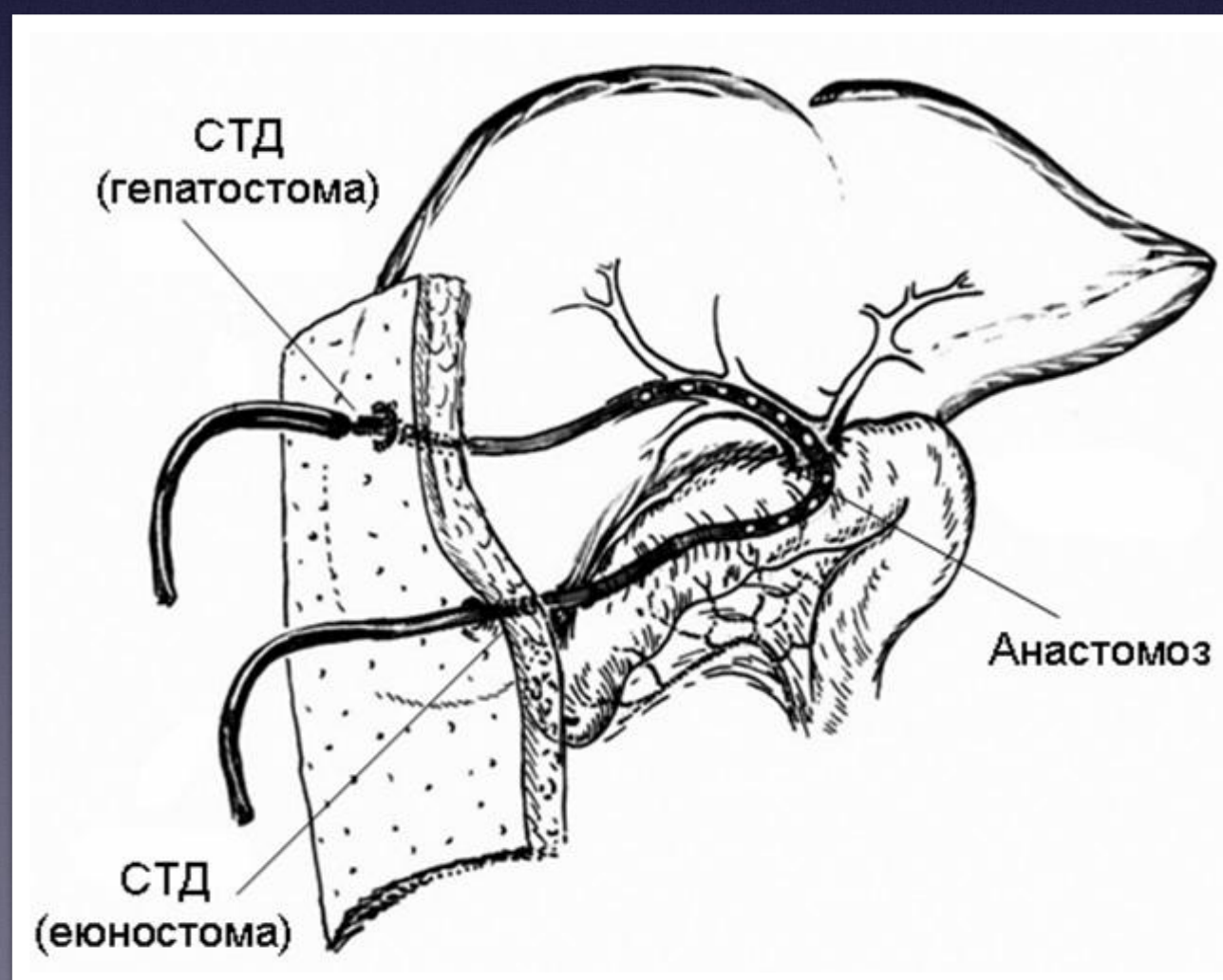
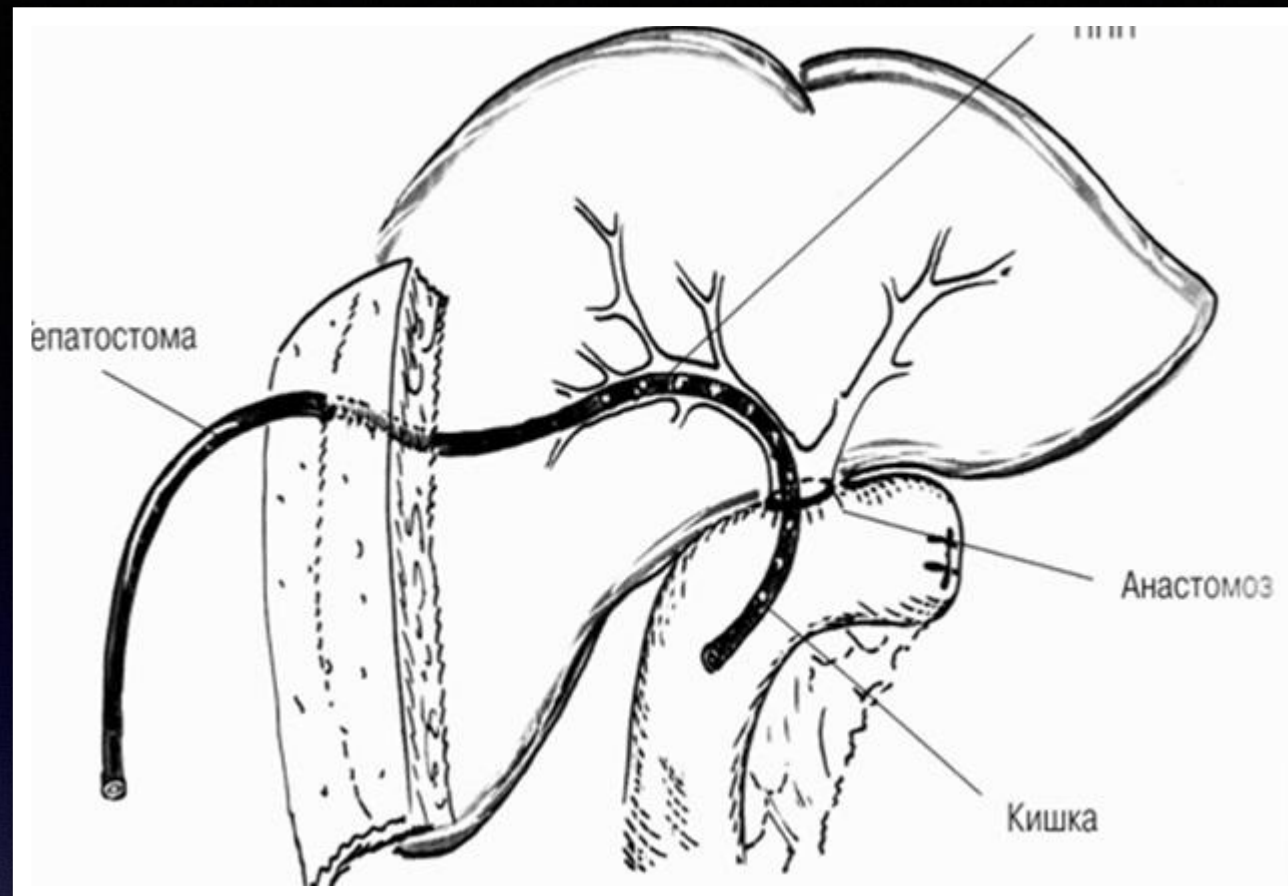
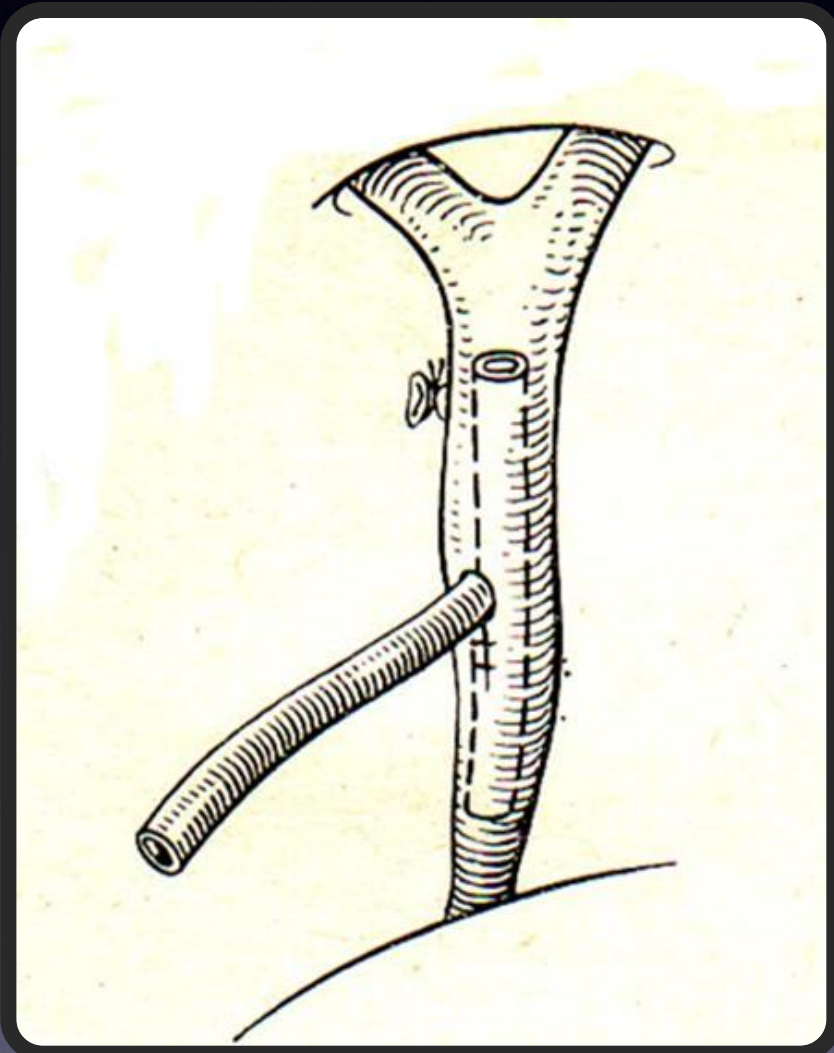
1. распространенный перитонит
2. гнойный холангит
3. узкий холедох (4-5 мм)
4. интраоперационное обнаружение полного пересечения магистральных желчных протоков и отсутствия у хирурга опыта выполнения реконструктивно-восстановительных операций и необходимого шовного материала



# Требования к длительно стоящим каркасным дренажам

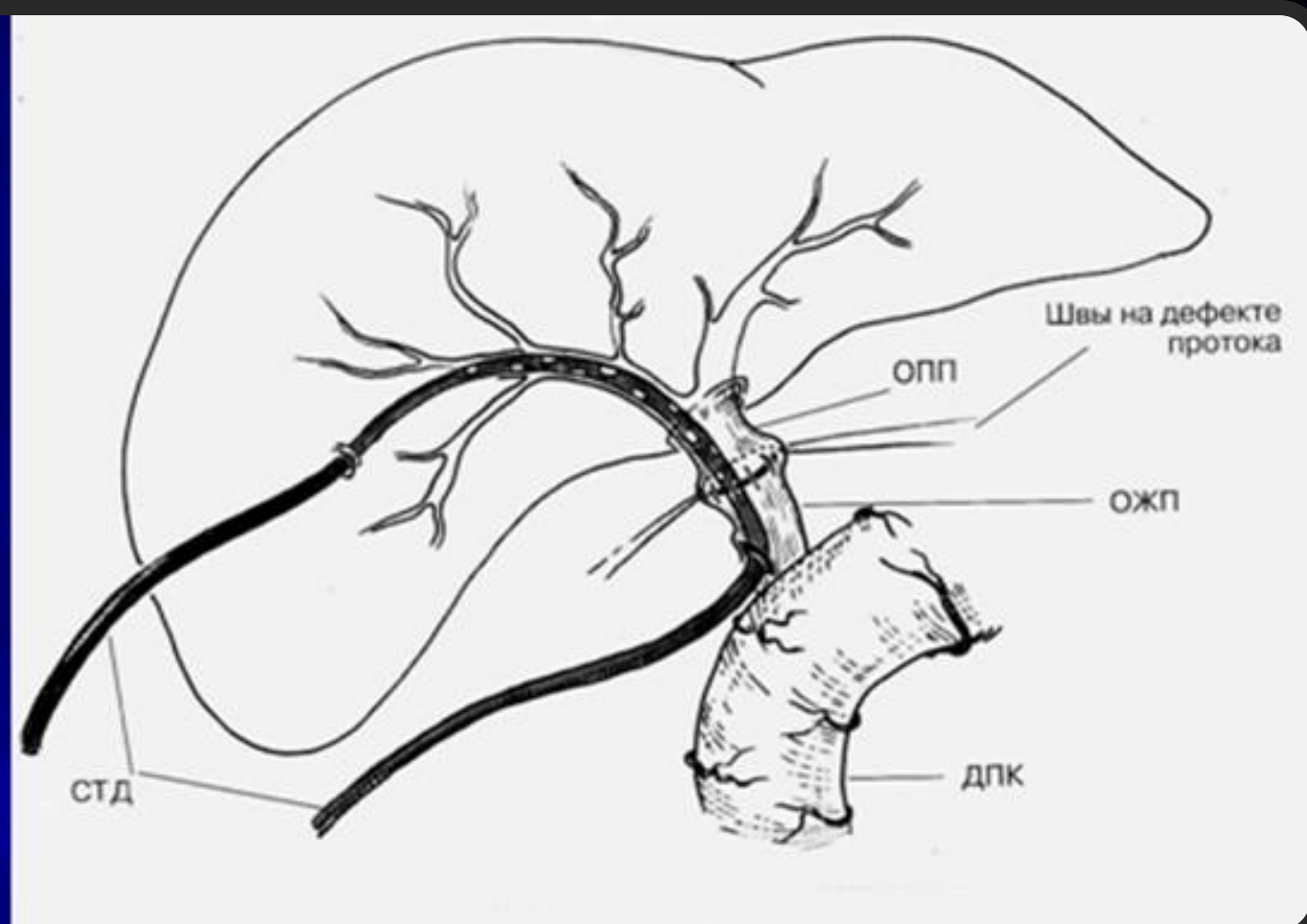
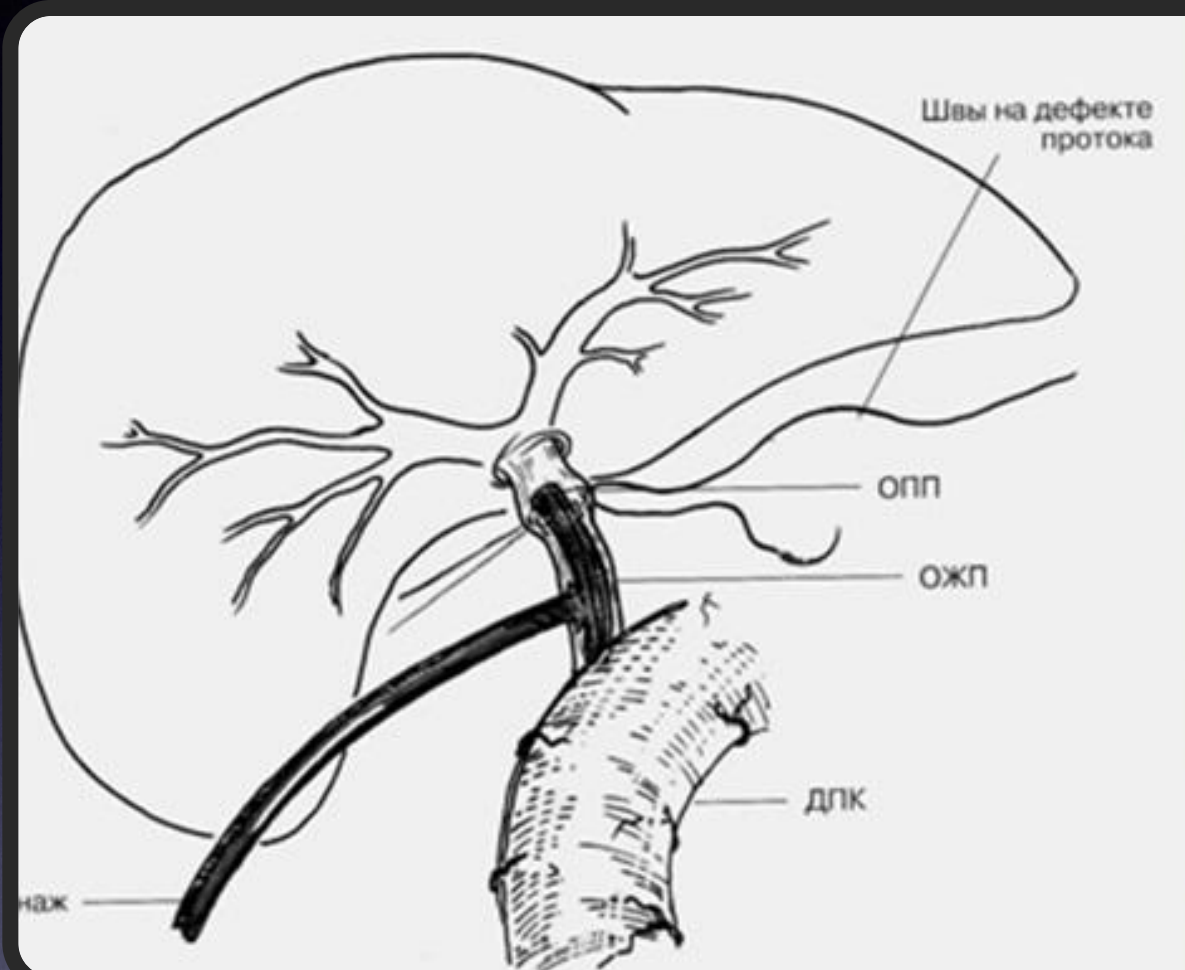
- должны не выпадать из анастомоза
- должны легко промываться
- должна легко производиться их смена







# Восстановительные операции



Применяется только при малой протяженности стриктуры



# Реконструктивные операции

Правила операции при рубцовых стриктурах желчных путей:

- иссечение всех рубцовых тканей
- прецизионное сопоставление слизистых оболочек
- наложение анастомоза без натяжения тканей
- наложения широких анастомозов
- использование для анастомоза петли кишки, отключенной по Ру, длиной 80-90 см.



# Этапы реконструктивной операции

## 1. Разрез, подход к печеночному протоку

Разрез кожи в правом подреберье с иссечением рубца. Освобождают диафрагмальную поверхность печени от сращений с реберными дугами, пересекают серповидную связку. Вводят расширитель Сегала. Освобождают висцеральную поверхность печени.

Ориентиры подхода к печеночному протоку при повторных операциях: ложе желчного пузыря, подшитая петля тонкой кишки, свищевой ход, старые лигатуры.



## 2. Идентификация печеночного протока

Отсекают кишку анастомоза от висцеральной поверхности печени. Через точечное отверстие вводят кончик зажима «москит». Отверстие расширяют и зондируют.



### 3. Иссечение стриктуры, образование площадки для наложения анастомоза

Необходимо полное удаление рубцовых тканей до обнаружения измененных стенок протока. Окружающие стриктуру рубцовые ткани иссекают малыми порциями, т.к. возможно интимное спяение рубца с воротной веной или ветвями печеночной артерии. Площадка должна быть в диаметре не менее 1,3-1-5 см.



## 4. Выделение петли тонкой кишки

БДА следует накладывать с петлей тонкой кишки, выделенной по Ру длиной не менее 80 см, что уменьшает возможность развития регургитационного холангита.



## 5. Наложение анастомоза

С помощью атравматической иглы накладывают отдельные швы (пролен 5/0) по всей окружности стенок выделенной площадки (вкол – 2 мм от края стенки, расстояния между швами 3 мм). Три шва, наложенными на заднюю стенку протока, прошивают заднюю кишку изнутри кнаружи, не захватывая слизистую оболочку. Швы завязывают. Далее последовательно накладывают швы на всю окружность отверстия кишки.



## 6. Дренирование

Подводят две дренажные трубки к передней и задней поверхностям анастомоза. При отсутствии выделения по ним содержимого, окрашенного желчью, и жидкостного скопления при УЗИ дренажи удаляют на 3-5 сутки после операции. Для профилактики развития пролежней от дренажной трубки на 3 сутки подтягивают их на 1-1,5 см.