

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

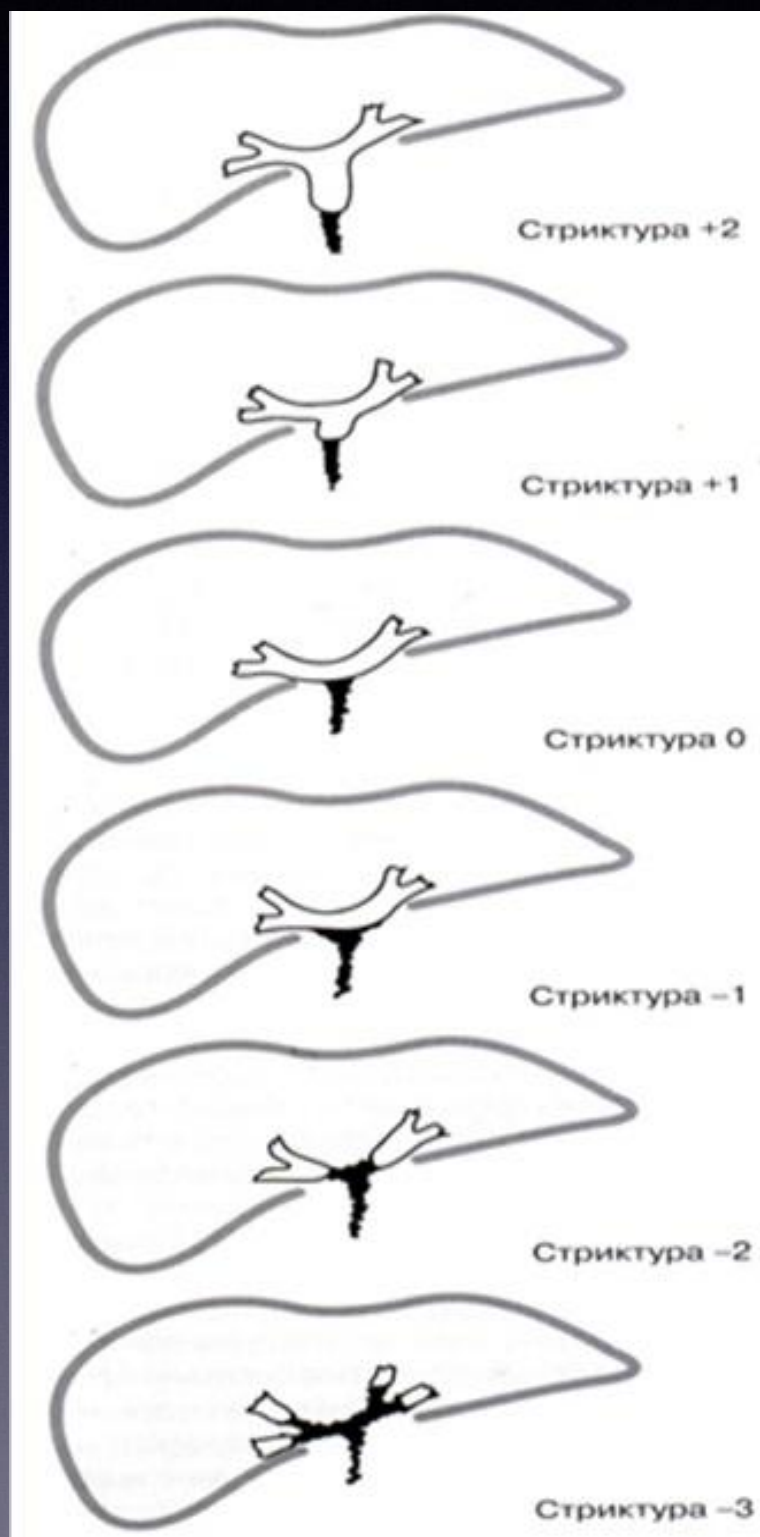


Классификация по H.Bismuth (1982 г)

1. Низкая
2. Средняя
3. Воронья структура
4. Деструкция конfluence 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 – долевыe протоки разобцены

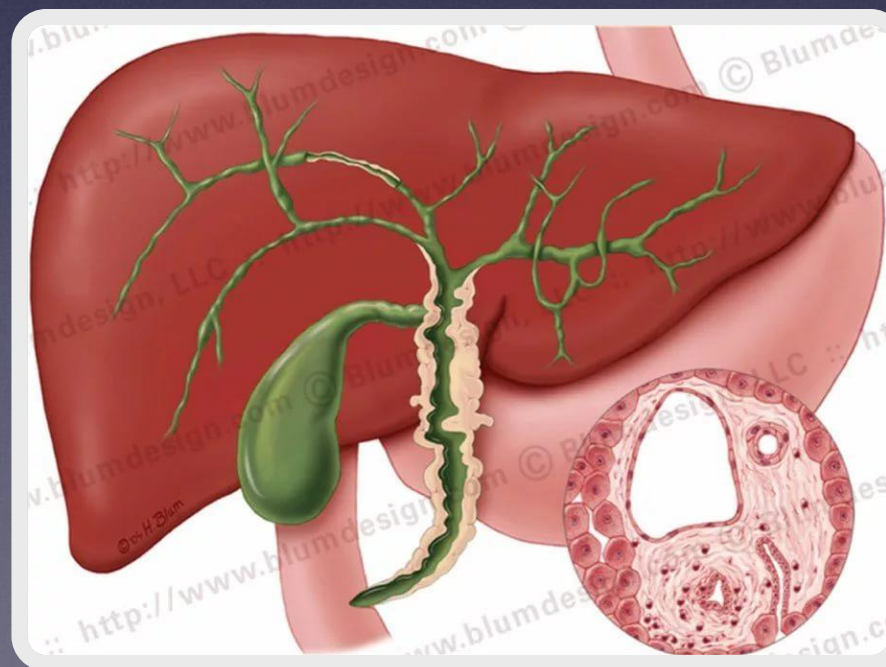
-3 - сегментарная – рубцовое поражение сегментарных протоков

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 $1/3$ диаметра желчного протока.

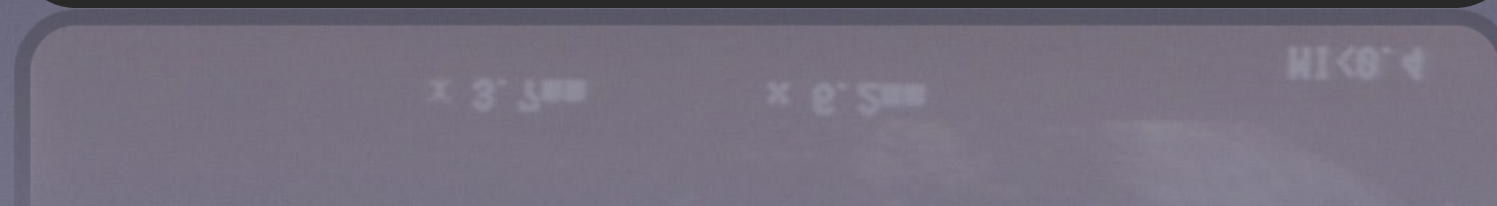
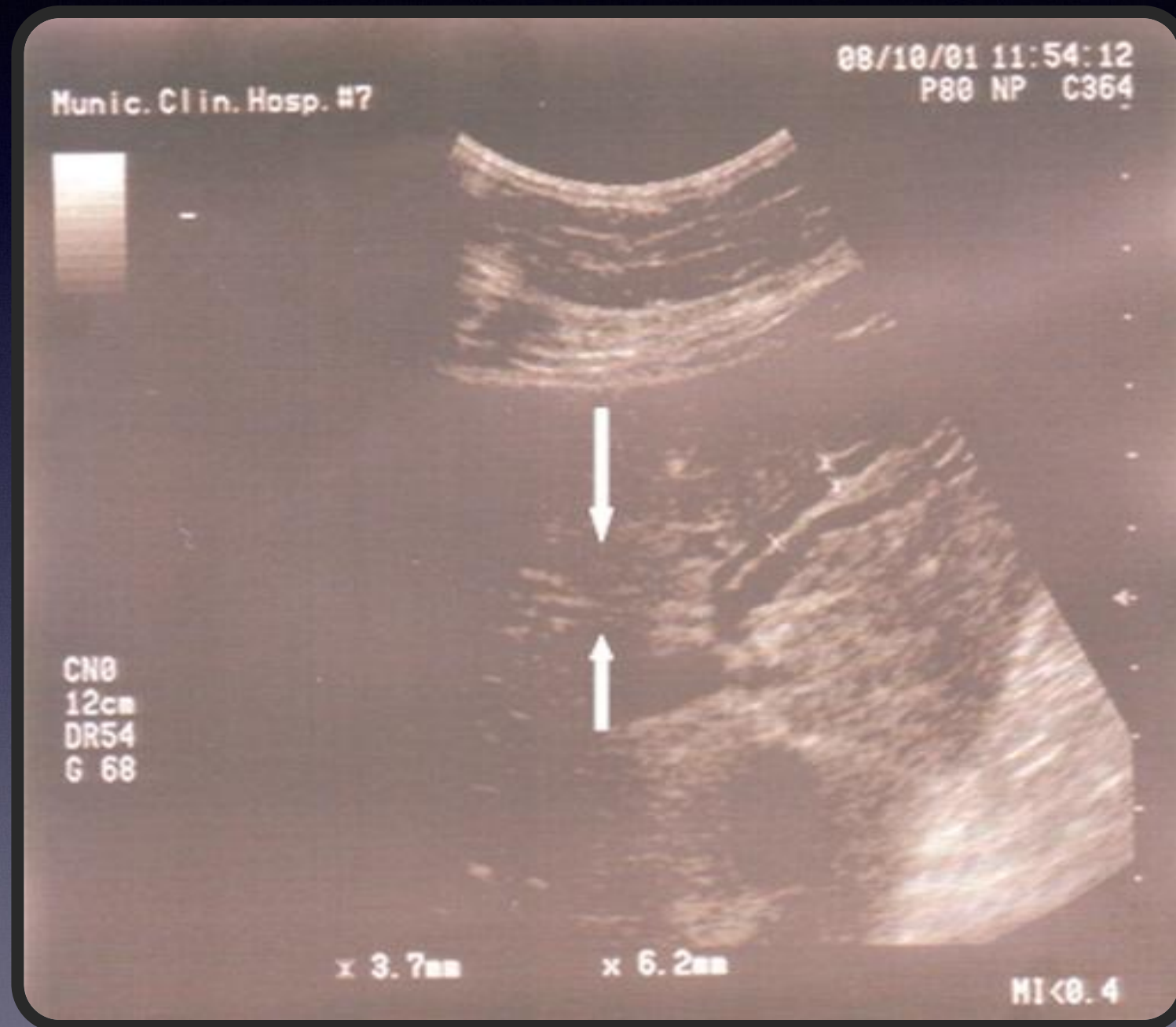
Холангит проявляется ознобами с повышением температуры тела до 39-40.



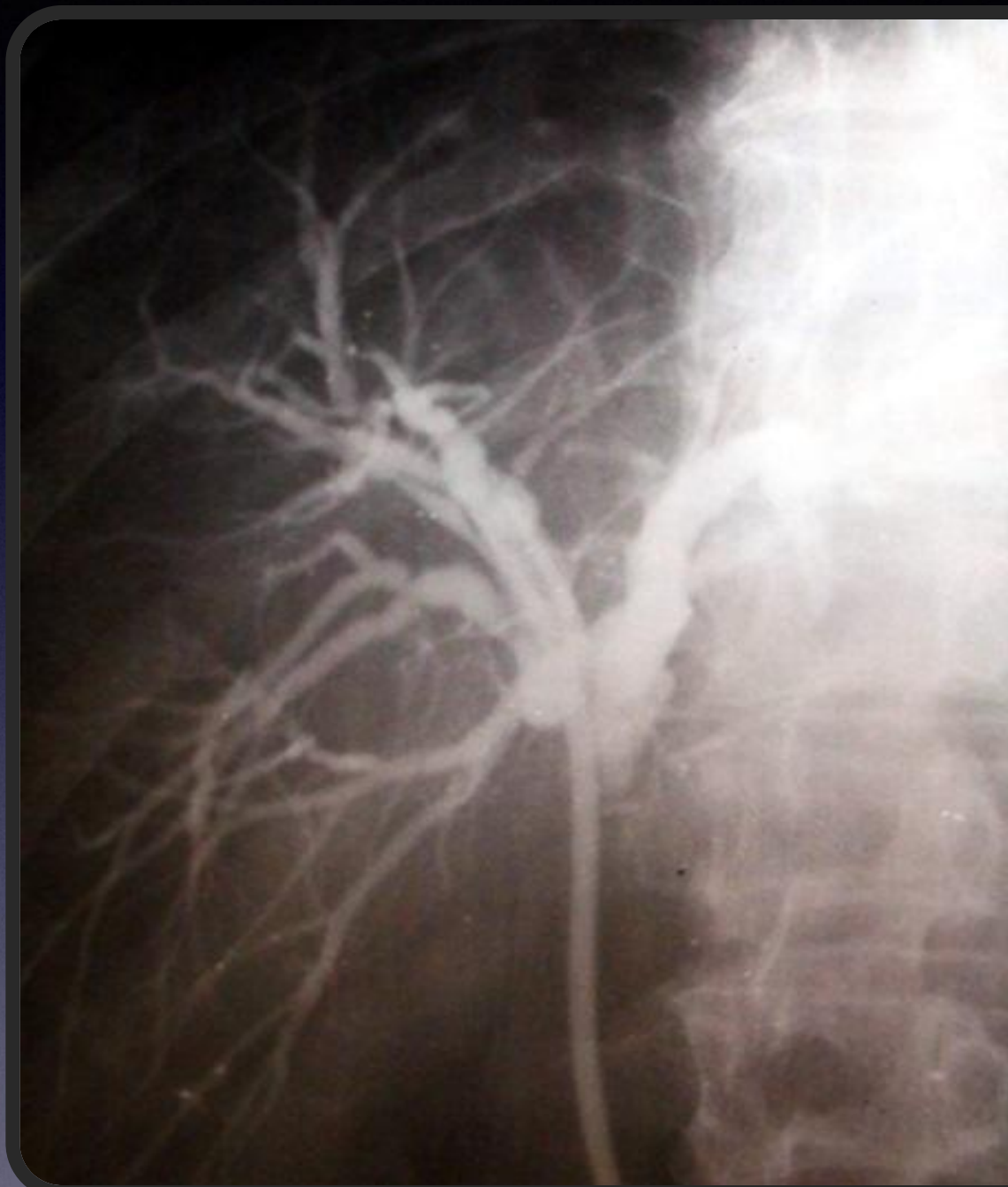
Диагностика

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

Ультразвуковое исследование



Фистулография

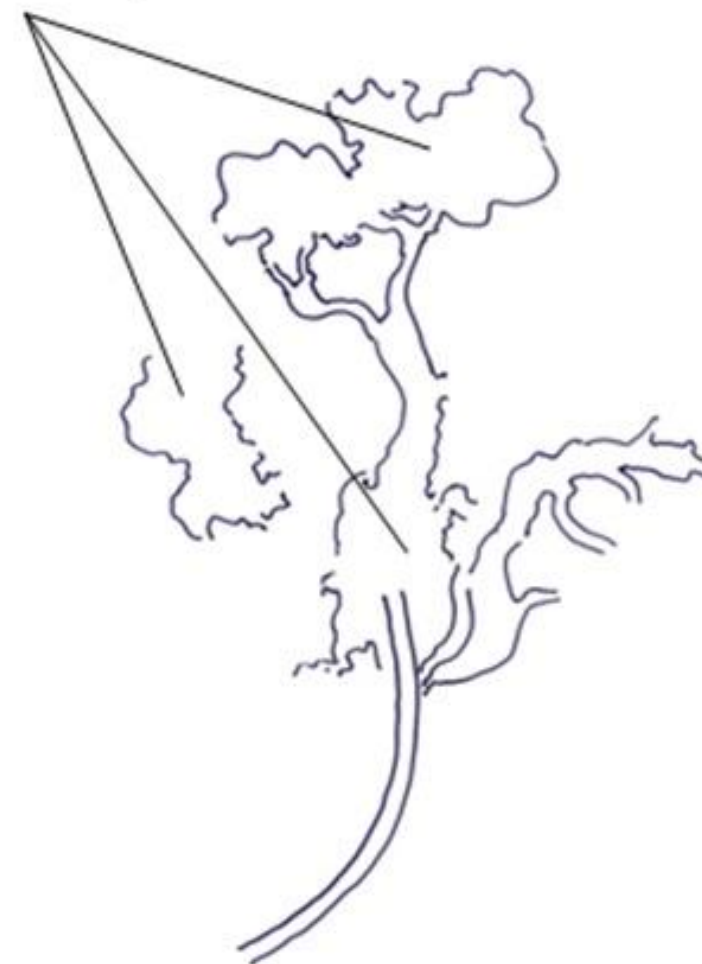


Дренаж

Дренаж

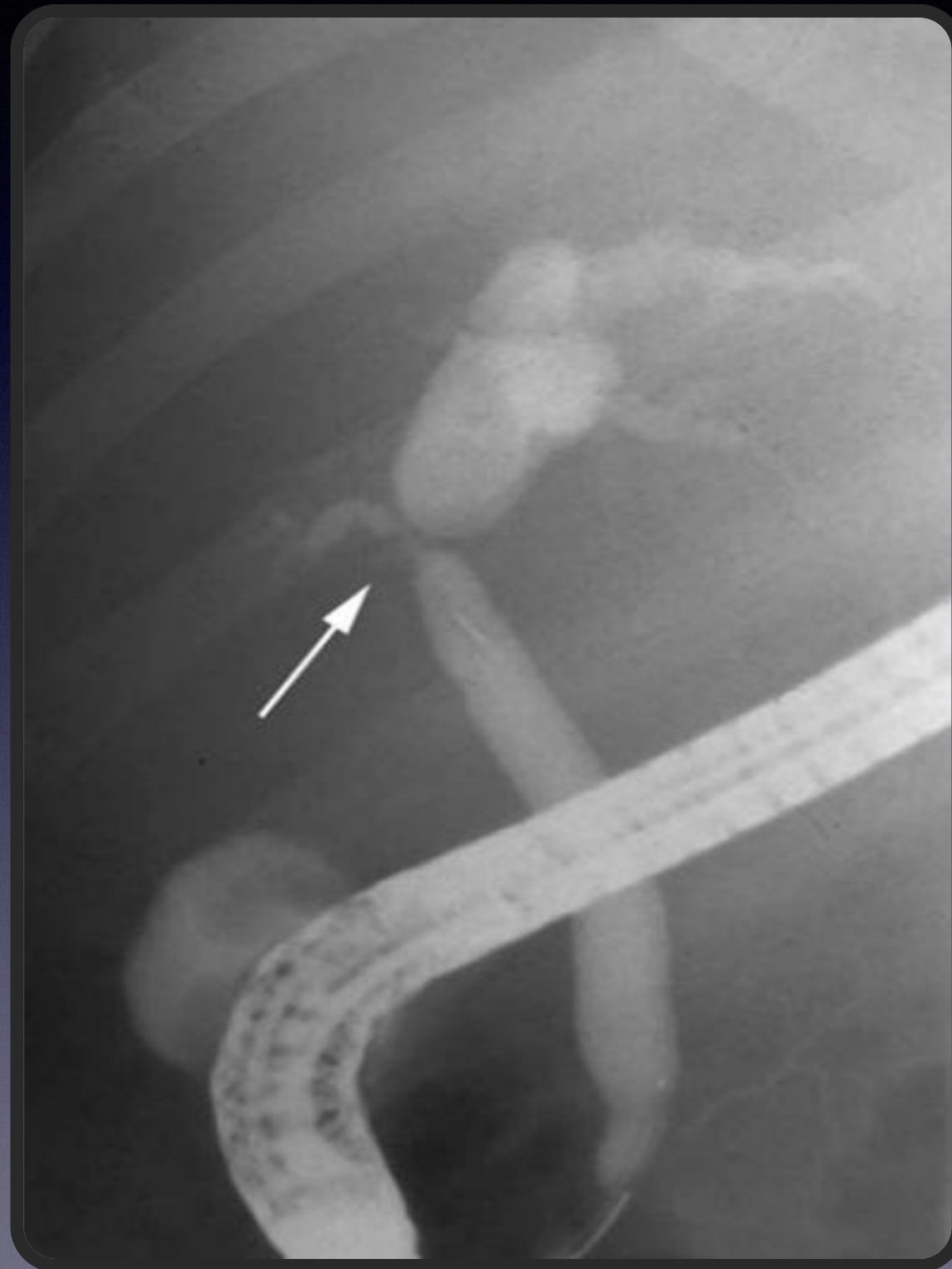


Полости абсцессов



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

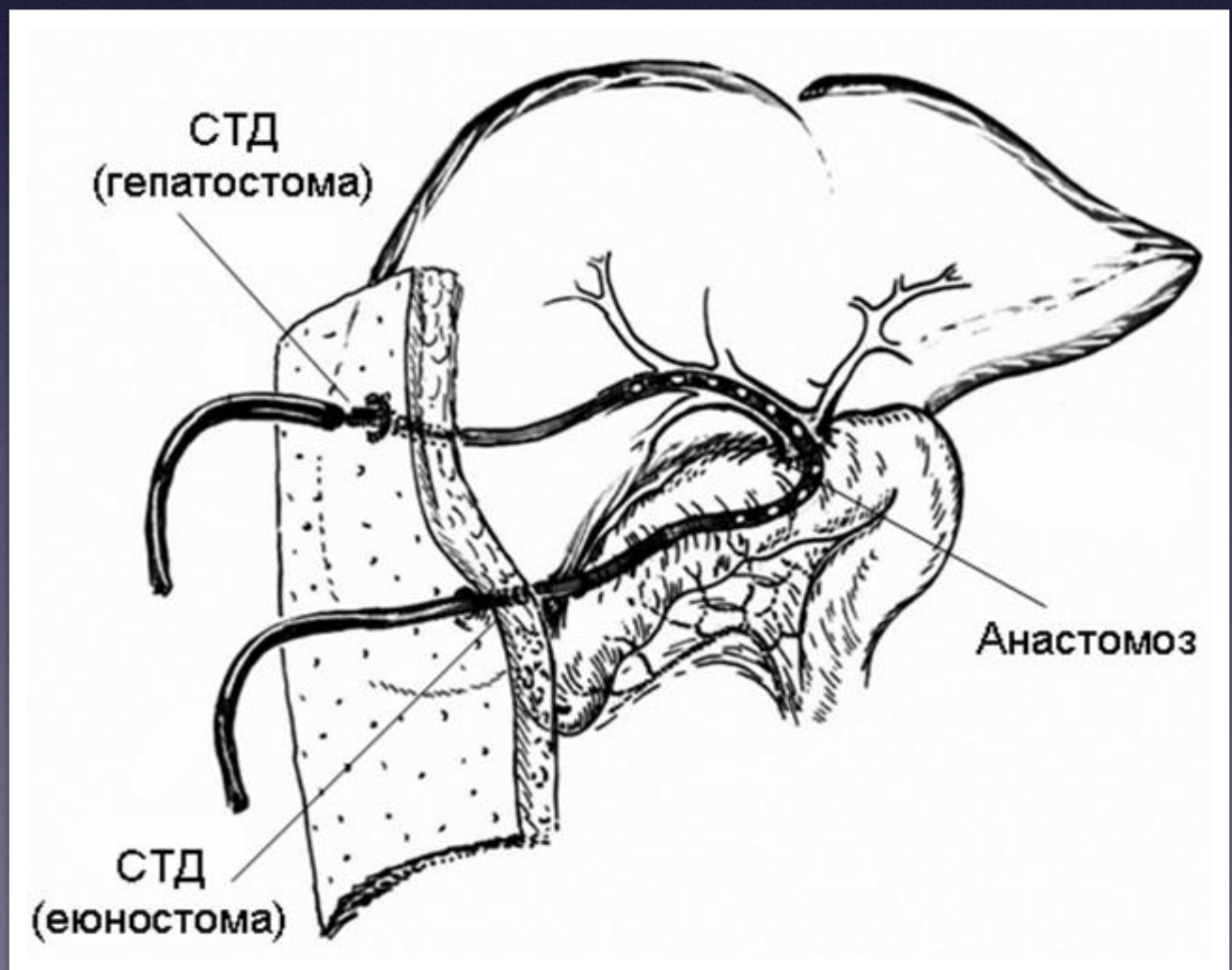
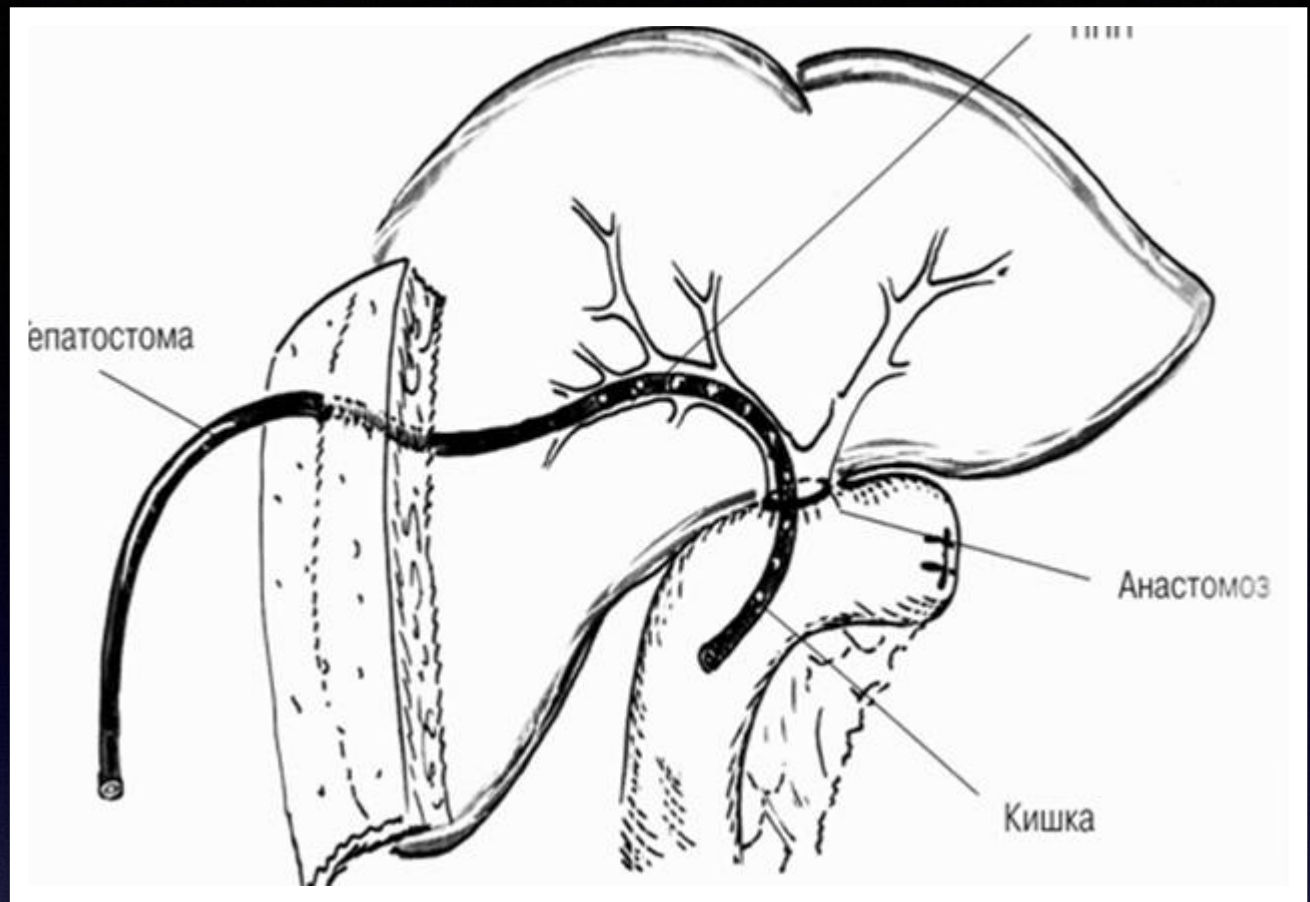
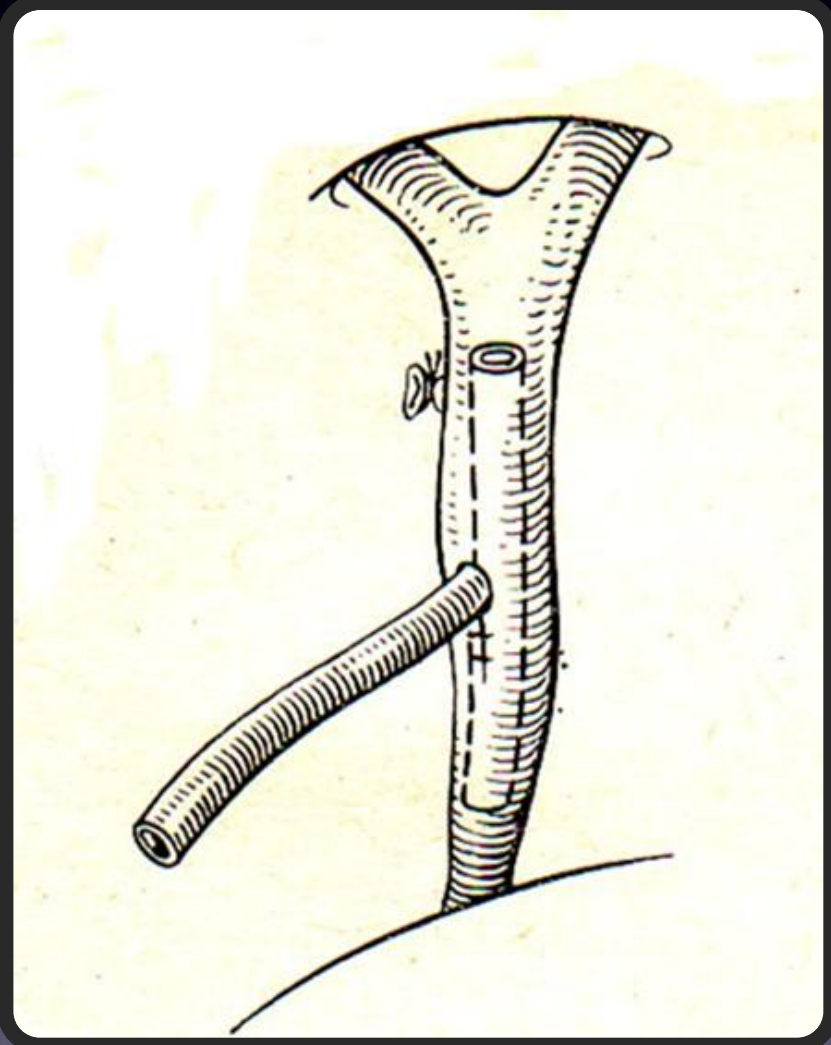
Дренирующие операции

Абсолютными показаниями к наружному дренированию являются:

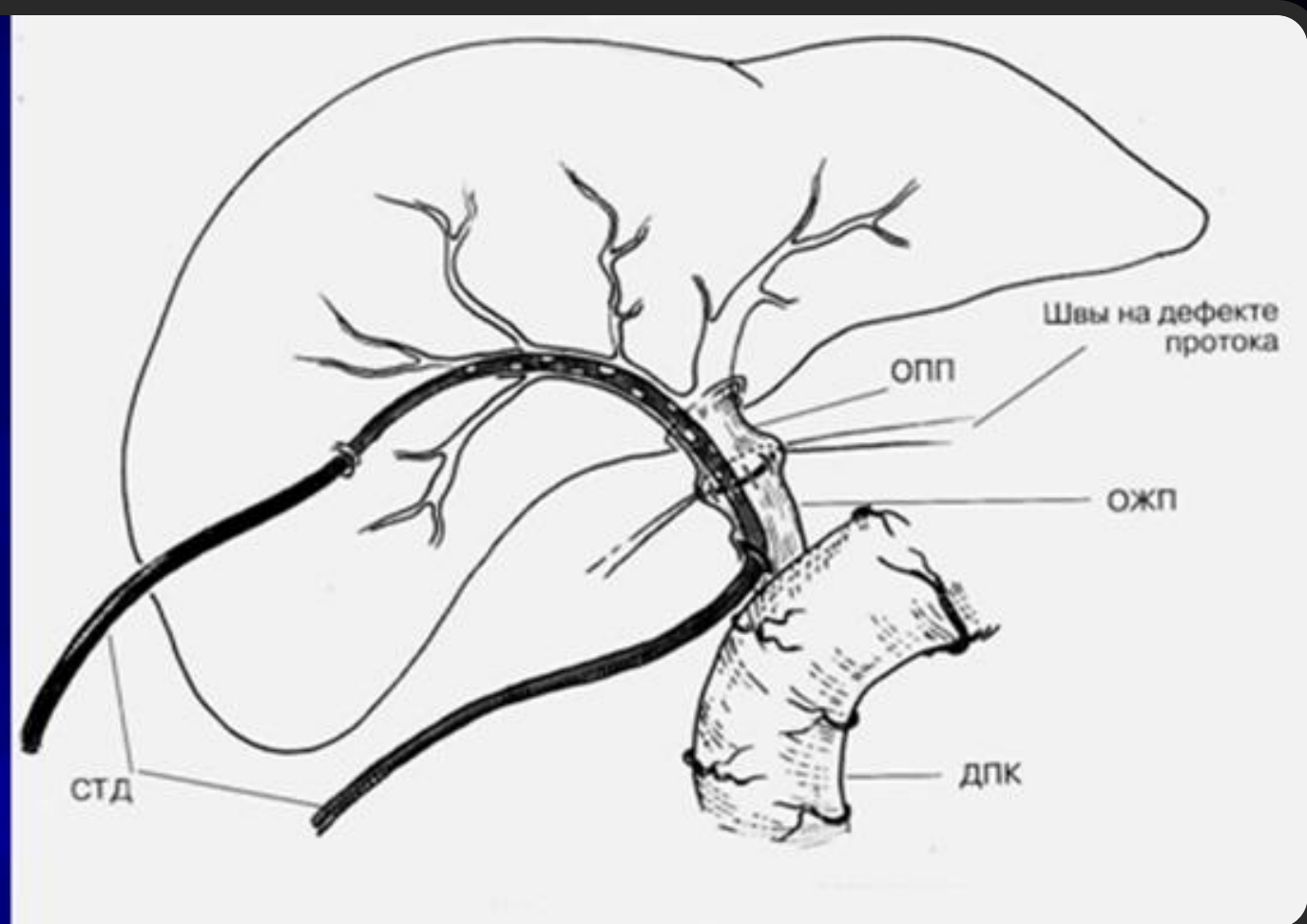
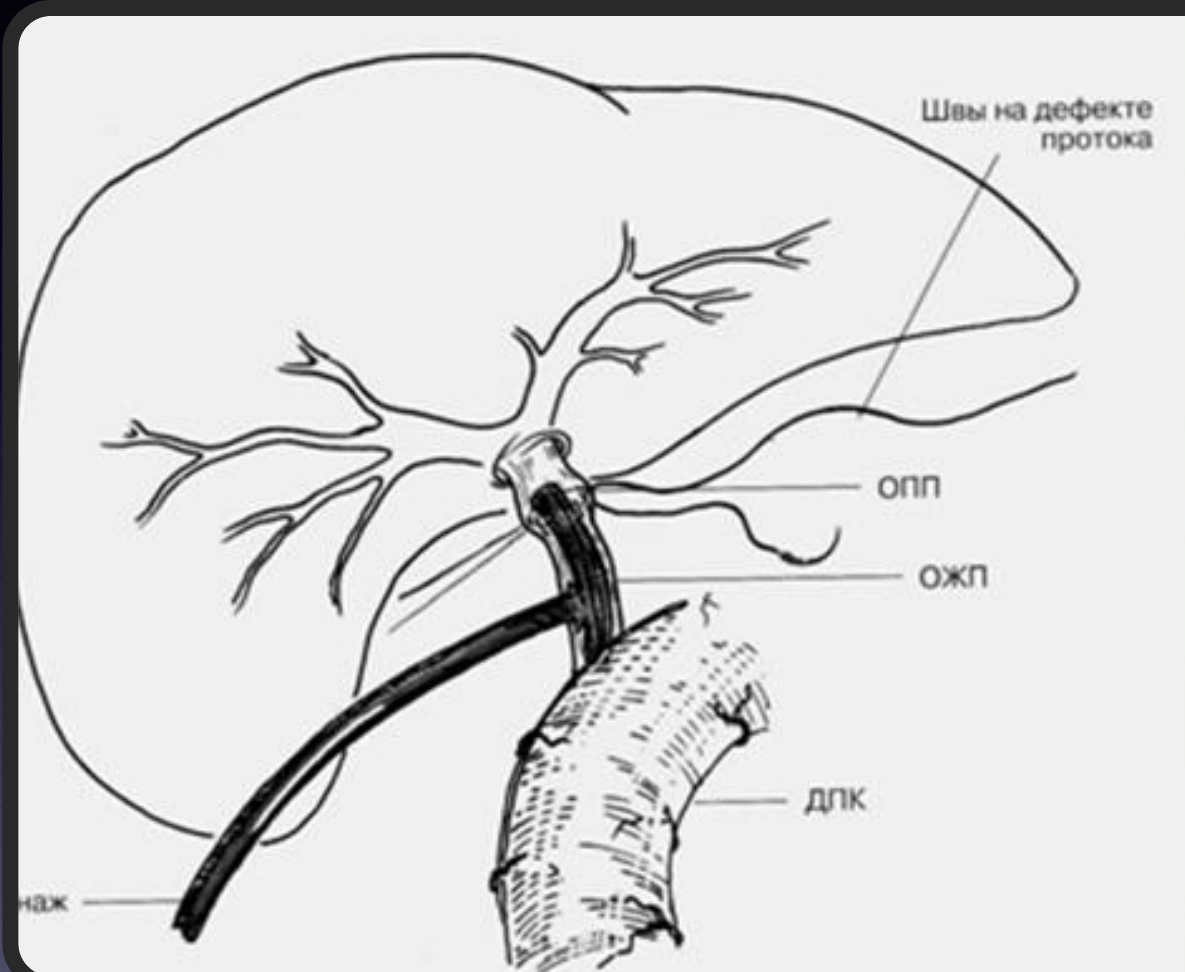
1. распространенный перитонит
2. гнойный холангит
3. узкий холедох (4-5 мм)
4. интраоперационное обнаружение полного пересечения магистральных желчных протоков и отсутствия у хирурга опыта выполнения реконструктивно-восстановительных операций и необходимого шовного материала

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 спяние 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). Тремя швами, 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.