

**Дундаров З.А., Адамович Д.М., Батюк В.И., Лин В.В.,  
Анджум Вакар, Али Моханнад, Ямадов С.А.**

## **ХОЛАНГИОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

*УО «Гомельский государственный медицинский университет» г. Гомель,  
Беларусь*

Рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков (ВЖП) более чем в 90% случаев имеют ятрогенный характер и обычно образуются после «малых» повреждений во время операции. При «больших» повреждениях ВЖП формируют билиодигестивный (БДА) или билиобилиарный анастомоз, стриктура которого развивается в 20-25% случаев, достигая при высоких повреждениях 50-70% (Гальперин Э.И., 2010г.). На фоне нарушения проходимости ВЖП, развивается гнойный холангит, который отмечается чаще при частичном нарушении проходимости ЖП, нежели при полном (Ахаладзе Г.Г., 2009).

**Цель.** Изучить результаты лечения гнойных билиарных осложнений у больных с рубцовыми стриктурами ВЖП.

**Материалы и методы.** За период 2005-2020 гг. оперировано 62 таких больных. Преобладали женщины – 49(79%). Средний возраст составил 57,2±3,6 лет. Стриктуры ВЖП отмечены у 38(61,3%); стриктуры БДА у 24 (гепатикодуоденостомия – 6, гепатикоеюностомия – 18). По классификации Н.Bismuth распределились: тип I – 12(19,4%), тип II – 19(30,6%), тип III – 15(24,2%), тип IV – 11(17,7%), тип V – 5(8,1%).

**Результаты и обсуждение.** Отмечена закономерность: чем выше стриктура, тем быстрее прогрессировало заболевание. При «высоких» стриктурах больные поступали через 4,7±0,9 мес. после первой операции; при «низких» – через 13,6±5,8. По мере формирования стриктуры развивался холангит, приобретающий волнообразное течение.

Информативность УЗИ составила 82%(51) – определялось расширение ЖП, нередко с образованием камней. Милиарные абсцессы печени выявлены у 4(6,4%) больных, солитарные – у 3(4,8%). Наибольшей информативностью обладали: РХПГ и МРТ-холангиография.

Во время операции хронический холангит выявлен у всех больных: утолщение стенки ВЖП – 62(100%), мутная вязкая желчь с хлопьями и мелкими конкрементами – 45(72,6%), гнойная желчь – 17(27,4%), милиарные абсцессы печени – 7(11,3%), солитарные абсцессы – 3(4,8%).

Операция заключалась в иссечении рубцовой ткани (в том числе и после разобщения БДА) и формировании широкого анастомоза по Ру: гепатикоеюностомия выполнена в 12(19,4%) случаях, гепатикоеюностомия с продольным рассечением левого долевого протока – 19(30,6%), бигепатикоеюностомия – 18(29%) тригепатикоеюностомия 8(13%),

изолированный анастомоз с правым долевым протоком – 5(8%), резекция правого латерального сектора печени – 1. Чрезанастомозное дренирование ЖП по Фелькеру выполнено у 38(61,3%) больных. Сменные транспеченочные дренажи не применяли. Релапаротомия выполнена у 4 больных, дополнительное дренирование под УЗ-контролем – у 6.

У больных с солитарными абсцессами печени предварительно выполняли пункционное дренирование полости под УЗ наведением. У пациентов с милиарными абсцессами печени во время операции вскрывали все видимые абсцессы. У 3 пациентов после операции дополнительно проводили пункционную санацию абсцессов. Умерло 3(4,8%) больных с милиарными абсцессами печени.

**Выводы.** У всех больных с послеоперационными рубцовыми стриктурами ВЖП и БДА развивается хронический рецидивирующий холангит и высока вероятность развития холангиогенных абсцессов.

Радикальной операцией следует считать полное иссечение рубцовых тканей (с учетом тенденции к распространению проксимально), широкую гепатикоюностомию по Ру. Чрезанастомозное дренирование ЖП по Фелькеру снижает риск несостоятельности анастомоза.

При солитарных абсцессах печени показано предварительное пункционное дренирование полости гнойника с последующей реконструктивной операцией на ЖВП.

При милиарных абсцессах необходимо интраоперационное вскрытие гнойников с последующей пункционной санацией оставшихся полостей.