

УДК 616.381-089.191.1

*В. И. Белоконев, И Хункуй, З. В. Ковалева, А. В. Николаев, А. И. Салем*

## **ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ СО «СВЕЖЕЙ» ТРАВМОЙ И СТРИКТУРАМИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА**

*Аннотация.* На основе спланированного, проспективного исследования с группами исторического контроля 31 больного со «свежей» травмой и 36 больных со стриктурами гепатикохоледоха получены следующие результаты. Гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу при строгом соблюдении показаний и технических приемов выполнения как при травме, так и стриктурах является высокоэффективной операцией, способствующей восстановлению проходимости желчевыводящих путей и радикальному устранению патологии. Показания к бескаркасной гепатикоэнтеростомии должны быть ограничены только дистальными стриктурами на уровне супра- и ретродуоденального отдела холедоха при расширении проксимального участка гепатикохоледоха не менее чем на 15 мм. Эндобилиарное стентирование протоков требует постоянной периодической замены стента. Удаление стента приводит к рецидиву холангита, что требует рестентирования. Результаты лечения больных, которым проведено стентирование по поводу частичной травмы и стриктур гепатикохоледоха, признаны только как удовлетворительные. В то же время наружное чрескожное чреспеченочное эндобилиарное стентирование при рецидиве стриктуры гепатикоэнтероанастомоза после выполненной операции Гетца позволяет отказаться от открытой повторной реконструктивной операции, результаты которой в отдаленные сроки труднопрогнозируемы. Внедрение разработанной тактики лечения у больных со «свежей» травмой гепатикохоледоха позволило снизить число релапаротомий с 90 до 14,3 %, частоту летальных исходов с 20 до 4,8 %, увеличить частоту хороших результатов в три раза; у пациентов со стриктурами гепатикохоледоха частота летальных исходов снижена с 5,9 до 0 %, а число хороших результатов увеличено в два раза.

*Ключевые слова:* «свежая» травма и стриктура гепатикохоледоха, способы лечения.

*V. I. Belokonev, I Khunkuy, Z. V. Kovaleva, A. V. Nikolaev, A. I. Salem*

## **SELECTION OF OPERATIONAL METHOD FOR PATIENTS WITH «FRESH» INJURIES AND STRICTURE OF HEPATICOCHOLEDOCHUS**

*Abstract.* On the basis of planned, prospective studies with historical control groups of 31 patients with «fresh» injury and 36 patients with strictures hepaticocholedochus the researchers have obtained the following results. Hepaticoenterostomy on Getz removable transhepatic drainage in strict compliance with the indications and techniques of performance in case of trauma and strictures, appears to be a highly efficient operation providing restoration of patency of the biliary tract and the radical elimination of the disease. Indications for frameless hepaticoenterostomy should be limited to the distal strictures at supra- and retroduodenal department with proximal hepaticocholedochus extending not less than by 15 mm. Endobiliary ductal stenting requires constant periodic replacement of the stent. Removal of the stent leads to recurrent of cholangitis that

requires restenting. The results of treatment of patients who underwent stenting over partial injuries and hepaticocholedochus strictures are evaluated only as satisfactory. At the same time, the external endobiliary percutaneous transhepatic stenting in case of recurrent hepaticoentero anastomosis stricture after the Getz operation allows to avoid reconstructive surgery, the results of which are difficult to predict for long-term periods. Implementation of the developed treatment strategies in patients with a «fresh» hepaticocholedochus injury allowed to reduce the number of relaparotomy from 90 to 14,3 %, the frequency of deaths from 20 to 4,8 %, and increase the frequency of good results in 3 times, in patients with hepaticocholedochus strictures death rate decreased from 5,9 to 0 %, and the number of good results increased by 2 times.

*Key words:* fresh injury and hepaticocholedochus strictures, treatment methods.

### Введение

Проводимые ежегодно в России под руководством Международной общественной организации «Ассоциация хирургов-гепатологов» конгрессы в обязательном порядке в той или иной степени касаются проблем лечения больных со «свежей» травмой и стриктурами гепатикохоледоха. Предложенные еще в 1976 г. Э. И. Гальпериным [1] принципы лечения этих патологических состояний, следствием которых являются тяжелые заболевания (холангит, холангиогенный гепатит, цирроз печени), в настоящее время лишь уточняются и детализируются [2, 3]. В этой связи очень важно из множества подчас диаметрально противоположных мнений выбрать правильное, отвечающее интересам больного. Среди спорных на сегодня положений остаются вопросы о каркасном [4–6] и бескаркасном [7, 8] способе формирования гепатикоэнтероанастомоза, о чрескожном чреспеченочном [9] и внутреннем [10–13] эндобилиарном стентировании гепатикохоледоха. Такая неопределенность в подходах к лечению больных со «свежей» травмой и стриктурами гепатикохоледоха требует тщательного анализа как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения, которые позволят подойти к ответу на поставленные вопросы.

**Цель исследования** – улучшить результаты у больных со «свежей» травмой и стриктурами гепатикохоледоха путем обоснованного подхода к выбору способа лечения.

### 1. Материал и методы исследования

Для решения поставленной цели нами проведено сравнение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных со «свежей» травмой и стриктурами гепатикохоледоха. При этом мы исходили из того, что для устранения этих патологических состояний наиболее эффективным способом реконструктивной операции является гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу. Технически она состояла из трех этапов. Первый этап – обнаружение поврежденного участка желчного протока или его стриктуры, проведение транспеченочного дренажа через долевого проток, печень, брюшную стенку наружу и подготовка площадки для будущего анастомоза. Второй этап – формирование гепатикоэнтероанастомоза с использованием атравматических рассасывающихся нитей. Третий этап – проведение второго конца транспеченочного дренажа через просвет тонкой кишки, моби-

лизованной по Ру на расстоянии 70 см от связки Грейца, выведение его через сформированную подвесную энтеростому и переднюю брюшную стенку наружу.

Под нашим наблюдением находился 31 пациент со «свежей» травмой гепатикохоледоха, у которых осложнение было выявлено либо в момент первично выполняемой операции, либо после нее в сроки до одного месяца. Мужчин было восемь, женщин – 23. Возраст больных колебался от 26 до 78 лет (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных со «свежей»  
травмой гепатикохоледоха по полу и возрасту

Возраст, в годах	Пол	
	Мужской	Женский
До 20	1	0
20–29	2	2
30–39	2	4
40–49	2	4
50–59	0	5
60–69	0	6
70–79	1	2
80–89	0	0
всего	8	23

У 25 пациентов повреждение гепатикохоледоха произошло при выполнении холецистэктомии, у четырех – резекции желудка, у одного травма протока произошла при ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ), у одного в результате закрытой травмы живота. У восьми больных была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), у 17 – открытая холецистэктомия (ХЭ). Показаниями к холецистэктомии у 14 пациентов была желчно-каменная болезнь, у 11 – острый калькулезный холецистит. Технические сложности при выполнении операции были у всех больных. При лапароскопической холецистэктомии конверсия на открытую операцию в связи с подозрением на травму протока потребовалась двум больным. У двух повреждения гепатикохоледоха во время выполнения вмешательства обнаружено не было. При открытой холецистэктомии из 13 пациентов у шести травма протока была замечена во время операции, у семи после операции в связи с интенсивным желчеистечением по контрольным дренажам (у четырех), по дренажу из холедоха (у трех).

Ретроспективный анализ опыта врачей, допустивших повреждение протока, показал, что 8,3 % хирургов имели стаж до десяти лет, 33,3 % – от десяти до 20 лет, 50 % – от 20 до 30, 8,3 % – от 30 до 40 лет. При этом хирурги со стажем работы более 10 лет имели либо первую, либо высшую квалификационную категорию. Установлено, что ни один из хирургов, допустивших травму холедоха, не владел техникой реконструктивных операций, направленных на устранение осложнения. Все реконструктивные операции были выполнены одним хирургом, владеющим такими операциями.

Причинами повреждения холедоха у 95,2 % больных были технические сложности при выполнении операции. У десяти (47,6 %) больных за общий желчный проток был принят пузырный проток, у трех (14,3 %) – карман Гартмана, у одного (4,76 %) пациента произошел разрыв левого печеночного протока в результате дорожно-транспортного происшествия, у семи (33,3 %) – при разделении инфильтрата в треугольнике Кало.

По классификации Э. И. Гальперина и А. Ю. Чевокина (2010) пересечение и иссечение магистральных желчных протоков было у 23 больных, долевого протока – у одного, сегментарного протока – у одного, термическое повреждение – у двух пациентов. Травма протока –2 была у двух; –1 – у пяти; 0 – у шести; +1 – у шести; + 2 – у девяти; + 5 и травма Вирсунгова протока – у трех пациентов.

За этот же период времени под наблюдением находилось 36 больных со стриктурами гепатикохоледоха. Мужчин было 13, женщин – 23. Возраст больных колебался от 30 и до 89 лет (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных со стриктурами гепатикохоледоха по полу и возрасту

Возраст, в годах	Пол	
	Мужской	Женский
20–29	0	0
30–39	2	4
40–49	1	4
50–59	5	8
60–69	3	4
70–79	1	3
80–89	1	0
Всего	13	23

У 28 пациентов стриктура сформировалась после холецистэктомии (у 25 – после открытой холецистэктомии (ОХЭ), у трех – ЛХЭ), у четырех – после резекции желудка по поводу язвенной болезни, у четырех – после манипуляций на большом дуоденальном сосочке по поводу стриктур терминального отдела и РХПГ.

У 31 пациента со стриктурами гепатикохоледоха доминировала клиника хронического холангиогенного гепатита: умеренное повышение температуры, ознобы, субнормальное повышение цифр билирубина. Только у пяти пациентов была клиническая картина тяжелой механической желтухи. Из 36 пациентов 24 обратились за помощью с клиникой стриктуры гепатикохоледоха после первично выполненной операции. У 12 пациентов после первичной операции, во время которой произошла травма гепатикохоледоха, предпринимались вмешательства, направленные на восстановление проходимости желчевыводящих путей: во время релапаротомии наружное дренирование холедоха по Керу проведено у пяти; наложение гепатикоэнтероанастомоза на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу – у двух; бескаркасная гепатикохоледохоэнтеростомия – у трех; внутреннее эндобилиарное стентирование – у двух. Из-за отсутствия в историях болезни информации реальные причины образования стриктур гепатикохоледоха нами были установлены

у 14 из 36 больных. У 22 пациентов они носили гипотетический характер. Так, у 18 из 25 больных после открытых холецистэктомий со стриктурами +1 и +2 можно предполагать, что они протекали с отклонениями, так как сформировались в наиболее опасной зоне поиска, выделения и перевязки пузырного протока. Стриктуры на уровне +3 и +5 могут быть обусловлены длительным нахождением Т-образного дренажа в протоке и склерозирующим холангитом на фоне неустраненной стриктуры терминального отдела холедоха, а также язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной хроническим панкреатитом. Нельзя исключать и роль кистозной трансформации внутрипеченочных желчных протоков, развивающейся на фоне длительной гипертензии, обусловленной стриктурой гепатикохоледоха. При таком варианте течения болезни даже адекватно сформированное соустье между желчными протоками и кишкой спустя длительный период времени может привести к рецидиву заболевания.

## 2. Результаты и обсуждения

Для обоснования оптимальной тактики лечения и выбора техники выполнения операций больные со «свежей» травмой (Т) гепатикохоледоха были распределены на две подгруппы. В подгруппу Та (основная) вошли пациенты, у которых «свежая» травма гепатикохоледоха (СТГХ) произошла в базовом лечебном учреждении, при этом основным способом операции для устранения возникшего осложнения была гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу. В подгруппу Тб (сравнения) включены больные, у которых травма магистральных протоков произошла в базовом и в других лечебных учреждениях города и области, у которых для устранения осложнений в силу различных причин были использованы другие способы операций, потребовавшие выполнения повторных реконструктивных вмешательств. Сравнительная характеристика больных подгруппы Та и Тб представлена в табл. 3.

Таблица 3

Характеристика подгрупп больных со «свежей» травмой гепатикохоледоха

Показатели		Подгруппа Та (n = 21)			Подгруппа Тб (n = 10)		
		М	Ж	Всего	М	Ж	Всего
Причина	ЛХЭ	1	4	5	0	3	3
	ОХЭ	2	11	13	0	4	4
	Резекция желудка	2	0	2	2	0	2
	Прочие	1	0	1	0	1	1
	Итого	6	15	22	2	8	10
Локализация повреждения	-2	1	1	2	0	0	0
	-1	1	3	4	0	1	1
	0	0	5	5	0	1	1
	+1	1	3	4	1	1	2
	+2	3	3	6	0	3	3
	+3–+5	0	0	0	1	2	3

В подгруппе Та реконструктивная операция гепатикоэнтеростомии на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу была выполнена во время пер-

вичной операции у 20 больных и только у одного во время повторного вмешательства. У больных с травмами желчных протоков при уровне повреждения более +1 и диаметре протока не менее 5–6 мм сложностей при проведении транспеченочного(ый) дренажа(ей) и формировании прецизионного гепатикоэнтероанастомоза не было. Для этого использовали трубки от одноразовой системы. Если же проток был меньше указанных размеров, то трудности возникали как на этапе проведения дренажа, так и на этапе формирования гепатикоэнтероанастомоза. В подгруппе Та диаметр холедоха менее 5 мм был у трех больных, в том числе у одного ребенка. У них для проведения транспеченочного дренажа был использован тонкий пуговчатый зонд, по которому устанавливали полихлорвиниловый эдмановский рентгеноконтрастный катетер для ангиографических исследований.

Из десяти пациентов подгруппы Тб (контроля) со «свежей» травмой желчных протоков операция гепатикоэнтеростомии на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу во время повторных операций выполнена у восьми больных (умер один), наружное дренирование холедоха по Керу с последующим эндобилиарным стентированием – у одного, наружное дренирование гепатикохоледоха по Гетцу и вирсунгова протока – у одного (больной умер). Результаты операций у больных со «свежей» травмой гепатикохоледоха в подгруппах представлены в табл. 4.

Таблица 4

Результаты операций у больных со «свежей» травмой гепатикохоледоха в основной и контрольной группах

Характер операций	Подгруппа Та (основная)		Подгруппа Тб (контрольная)	
	Число больных	Умерло	Число больных	Умерло
1. Гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу на первом этапе	17/1*	1	–	–
2. Гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу на втором и последующих этапах	4/2*	–	8/8*	1
3. Наружное дренирование холедоха по Керу с последующим эндобилиарным стентированием	–	–	1	–
4. Наружное дренирование гепатикохоледоха по Гетцу и вирсунгова протока	–	–	1/1*	1
Итого	21/3	1	10/9	2

**Примечание.** \* – в знаменателе указано число перенесенных релапаротомий.

Оценка непосредственных результатов у больных со «свежей» травмой гепатикохоледоха в подгруппе Та и Тб показала, что исходы лечения зависели от характера (парциальное, пересечение, иссечение, термическое) повреждения, от уровня повреждения, наличия перитонита и сроков выполнения

операции. Если первые два фактора оказывали влияние на техническое исполнение операции, то два последних – на их исход. Из общего числа больных (31) в обеих подгруппах завершена операция гепатикоэнтеростомии на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу была выполнена у 29 пациентов, у одного – только установлен транспеченочный дренаж (формирование гепатикоэнтероанастомоза не проведено из-за смерти больного), у одного проведено эндобилиарное дренирование холедоха.

Сравнение результатов у больных показало, что тактика, направленная на выполнение восстановительной операции гепатикоэнтеростомии на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу, во время первого вмешательства позволяет получить лучшие результаты, чем при повторных вмешательствах. Об этом свидетельствует снижение частоты релапаротомий с восьми до трех, а также летальности с 22,2 до 0 %.

Отдаленные результаты показали, что из 27 наблюдаемых нами больных со «свежей» травмой гепатикохоледоха в настоящее время транспеченочный дренаж не удален только у одного больного, у которого с момента операции прошло только шесть месяцев. У 26 больных по истечении двух лет дренажи были удалены. Сроки наблюдения за этими больными составили от 2,5 до 13 лет. Из их числа умерла одна больная от причин, не связанных с повреждением желчного протока. Из 25 больных у трех пациентов после удаления транспеченочного дренажа образовались послеоперационные вентральные грыжи. Двоим из них выполнено грыжесечение комбинированным способом с использованием синтетических эндопротезов. Одному больному в возрасте 78 лет в операции было отказано из-за тяжести сопутствующих заболеваний. Из 25 больных хорошие результаты получены у 24, рецидив стриктуры возник у одной больной, которой в связи с этим выполнено наружное чрескожное чреспеченочное эндобилиарное стентирование.

Для выбора способа лечения больных со стриктурами (СТ) гепатикохоледоха они разделены на две подгруппы. В подгруппу СТ<sub>а</sub> (основная) вошли пациенты со стриктурами, образовавшимися после операций в базовом лечебном учреждении, а также больные после холецистэктомий и резекций желудка, выполненных в других лечебных учреждениях, при попытке выполнения альтернативных способов операций, дренирующих желчные протоки. Особенность ведения больных подгруппы СТ<sub>а</sub> состояла в том, что при формировании гепатикоэнтероанастомоза на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу применялись прецизионные швы и срок нахождения дренажа в протоке составлял не менее двух лет.

Подгруппа СТ<sub>б</sub> (контроля) сформирована из больных со стриктурами гепатикохоледоха, которым операция Гетца была выполнена в других лечебных учреждениях. Примененная у них техника формирования гепатикоэнтероанастомоза нам была не известна, а сроки нахождения дренажа в протоке колебались от шести месяцев до двух лет. Кроме того, сюда вошли пациенты, у которых были показания либо к операции Гетца, либо к бескаркасной гепатикоэнтеростомии (в связи с широким протоком), но они от операции отказались. Характеристика подгрупп больных со стриктурами гепатикохоледоха представлена в табл. 5.

У 33 пациентов стриктуры были расположены в проксимальной и средней части гепатикохоледоха (0, +1, +2), у трех – в дистальной его части. Сводные данные о характере операций, выполненных у больных со стрикту-

рами гепатикохоледоха в основной и контрольной подгруппах, и их результаты представлены в табл. 6.

Таблица 5

Характеристика подгрупп больных со стриктурами гепатикохоледоха

Показатели		Подгруппа СТa (основная) (n = 19)			Подгруппа СТб (контрольная) (n = 17)		
		М	Ж	Всего	М	Ж	Всего
Причины	ЛХЭ	1	1	2	1	0	1
	ХЭ	1	12	13	4	8	12
	Резекция желудка	4	0	4	0	0	0
	Прочие	0	0	0	2	2	4
	Итого	6	13	19	7	10	17
Локализация стриктуры	-1	0	0	0	2	1	3
	0	0	1	1	0	0	0
	+1	3	2	5	1	1	2
	+2	2	7	9	1	1	2
	+3 – +5	1	3	4	3	7	10

Таблица 6

Результаты операций у больных со стриктурами гепатикохоледоха в основной и контрольной подгруппах

Характер операций	Подгруппа СТa (основная) (n = 19)		Подгруппа СТб (контрольная) (n = 17)	
	Число больных	Умерло	Число больных	Умерло
1. Гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу	11		3	1
2. Гепатикоэнтеростомия бескаркасная	6		3	
3. Гепатикодуоденостомия	1		0	
4. Внутреннее эндобилиарное стентирование	1		9	
5. Наружное чрескожное чреспеченочное эндобилиарное стентирование	0		2	
Итого	19	0	17	1

Из 19 больных в подгруппе СТa у 11 выполнена гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу, у шести – бескаркасная гепатикоэнтеростомия в связи с расширением общего печеночного протока проксимальнее стриктуры, у одного – гепатикодуоденостомия, и только у одной больной проведено наружное дренирование по Керу с последующим эндобилиарным стентированием. Осложнений после операций, несмотря на их сложность, не было. Все больные были выписаны на амбулаторное лечение. 12 из них постоянно наблюдались в течение двух лет, так как каждые два месяца им проводилась замена транспеченочного дренажа. К настоящему

времени транспеченочный дренаж сохранен у одного больного, у которого срок дренирования не закончился.

В контрольной подгруппе СТб из 17 больных у пяти были стриктуры на уровне от  $-1$  до  $+1$ . У трех из них выполнена гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу. Из них умерла одна больная Б. 1995 года рождения, страдающая ВИЧ-инфекцией и гепатитом С, от развития после операции острой кишечной непроходимости и перитонита. У 12 пациентов стриктуры располагались на уровне от  $+2$  до  $+5$ . У четырех с расширением протоков до 1,5 см проксимальнее стриктуры произведена бескаркасная гепатикоэнтеростомия. Двое пациентов, оперированных ранее в других лечебных учреждениях, где выполнялась гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу, поступили с клиникой рецидива стриктуры, тяжелого холангита и механической желтухи. Им было произведено наружное чрескожное чреспеченочное эндобилиарное стентирование. У восьми больных, у которых стриктура гепатикохоледоха была выявлена после проведения РХПГ, из-за отказа от операции было выполнено внутреннее эндобилиарное стентирование.

Из 36 больных со стриктурами гепатикохоледоха отдаленные результаты в сроки от двух до 13 лет изучены у 28 больных. Из них от причин, не связанных с патологией протоков, умер один пациент. Из 27 больных у 24 после операции Гетца (14) и бескаркасной гепатикоэнтеростомии (9), гепатикодуоденостомии (1) рецидивов заболевания не было. Больные за помощью не обращаются. У двух больных с наружным чрескожным чреспеченочным эндобилиарным стентированием состояние стабильное. Им проводится периодическая замена стента, однако удаление его им противопоказано из-за высокой вероятности рецидива стриктуры, холангита и механической желтухи. Из десяти больных после внутреннего эндобилиарного стентирования связь установлена только с одной больной. Ей периодически проводится замена стента, так как его временное удаление приводит к рецидиву тяжелого холангита. Следовательно, в отдаленные сроки из 28 больных, перенесших операции и различные вмешательства по поводу стриктур гепатикохоледоха, у 24 пациентов получен хороший результат, у трех – удовлетворительный.

Таким образом, сравнение результатов у больных в подгруппах со «свежей» травмой и стриктурами гепатикохоледоха показало, что гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу при строгом соблюдении показаний и технических приемов выполнения является высокоэффективной операцией, способствующей восстановлению проходимости желчевыводящих путей и радикальному устранению патологии [13, 14–17]. Показания к бескаркасной гепатикоэнтеростомии должны быть ограничены только дистальными стриктурами на уровне супра- и ретродуоденального отдела холедоха при расширении проксимального участка гепатикохоледоха не менее чем на 15 мм.

Эндобилиарное стентирование протоков требует постоянной периодической замены стента. У больных, которым применен такой вариант лечения, попытки окончательного удаления стента приводили к рецидивам холангита, что требовало рестентирования [18]. В этой связи результаты лечения больных, которым проведено стентирование по поводу частичной травмы и стриктур гепатикохоледоха, нами оценены как удовлетворительные [19, 20].

В то же время наружное чрескожное чреспеченочное эндобилиарное стентирование при рецидиве стриктуры гепатикоэнтероанастомоза после выполненной операции Гетца заслуживает самой высокой оценки, так как оно позволяет избежать открытой повторной реконструктивной операции с весьма сомнительными результатами в отдаленные сроки. При этом следует признать, что стентирование гепатикоэнтероанастомоза у больных должно проводиться пожизненно, так как удаление стента неизбежно приведет к рецидиву заболевания.

### Выводы

1. У больных со «свежей» травмой и стриктурами гепатикохоледоха имеющиеся в арсенале способы лечения (гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу, бескаркасная гепатикоэнтеростомия, чрескожное чреспеченочное эндобилиарное стентирование и внутреннее эндобилиарное стентирование) по эффективности не должны противопоставляться друг другу.

2. Каждый из перечисленных выше способов операций, направленных на дренирование желчевыводящих путей, имеет строго определенные показания к применению, что способствует либо полному радикальному излечению больного от патологии, либо нормализации функции печени, позволяя прогнозировать благоприятный исход течения заболевания для жизни больного.

### Список литературы

1. **Гальперин, Э. И.** Узловые вопросы хирургии общего желчного и печеночных протоков при повторных и реконструктивных операциях / Э. И. Гальперин // Хирургия. – 1976. – № 7. – С. 52–59.
2. **Ахмедов, С. М.** Лечение послеоперационных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков / С. М. Ахмедов, А. М. Раджабов, З. Элибеков, С. Сандилхонзаде // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13. – С. 105–106.
3. **Багненко, С. Ф.** Каркасное стентирование в комплексном лечении доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков / С. Ф. Багненко, М. Ю. Кабанов, А. Ю. Корольков, Д. М. Яковлев // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13. – С. 105.
4. **Бебуришвили, А. Г.** Осложнения хирургической коррекции ятрогенных повреждений и структур желчных протоков / А. Г. Бебуришвили, Е. Н. Зюбина, Е. П. Строганова, Ю. И. Веденин // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 108–109.
5. **Брегадзе, Е. Ю.** Сравнительная оценка методов хирургического лечения повреждений внепеченочных желчных протоков / Е. Ю. Брегадзе, В. А. Омельченко, А. А. Мазуренко, Г. В. Гончарук, О. С. Олифарова // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13, № 13. – С. 111.
6. **Вишневский, В. А.** Особенности хирургической тактики при повреждении желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии / В. А. Вишневский, В. А. Кубышкин, Д. А. Ионкин, А. В. Вуколов // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – Т. 8, № 2. – С. 85–86.
7. **Гальперин, Э. И.** Основные проблемы хирургического лечения высоких рубцовых структур печеночных протоков / Э. И. Гальперин, Т. Г. Дюжева, А. Ю. Че-

- вокин, Б. Г. Гармаев // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 114–115.
8. **Гальперин, Э. И.** Факторы, определяющие выбор операции при «свежих» повреждениях магистральных желчных протоков / Э. И. Гальперин, А. Ю. Чевокин // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 1. – С. 49–56.
  9. **Дарвин, В. В.** Послеоперационные стриктуры желчных протоков: лечебно-диагностический алгоритм, профилактика / В. В. Дарвин, С. В. Онищенко, М. М. Лысак // *Альманах института хирургии им. А. В. Вишневского*. – 2011. – Т. 6, № 2. – С. 42.
  10. **Дарвин, В. В.** Хирургия повреждений и стриктур желчных протоков: показания к транспеченочному каркасному дренированию / В. В. Дарвин, С. В. Онищенко, А. Я. Ильканич, М. М. Лысак // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 118.
  11. **Даминова, Н. М.** Этиопатогенез, диагностика, профилактика и хирургическое лечение послеоперационного желчного перитонита : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Даминова Н. М. – Душанбе, 2012. – 42 с.
  12. **Емельянов, С. И.** Хирургическое лечение интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков / С. И. Емельянов, Д. Н. Панченков, Л. А. Мамалыгина и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2005. – Т. 10, № 3. – С. 55–61.
  13. **Красильников, Д. М.** Хирургическая тактика при повреждениях внепеченочных желчных протоков / Д. М. Красильников, И. В. Зайнулин, А. И. Курбалиев, И. С. Салиязмнов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 125.
  14. **Романов, В. Е.** Хирургическое лечение больных с ятрогенными травмами и рубцовыми стриктурами желчных протоков : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Романов В. Е. – Самара, 2005. – 48 с.
  15. **Чернышев, В. Н.** Вопросы тактики и техники операций при повреждениях и стриктурах внепеченочных желчных протоков / В. Н. Чернышев // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 146.
  16. **Шаповальянц, С. Г.** Эндоскопические возможности в лечении «свежих» повреждений желчных протоков / С. Г. Шаповальянц, С. Ю. Орлов, А. Г. Мыльников [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2005. – Т. 10, № 3. – С. 34–41.
  17. **Hatfield, A. R. W.** Preoperative external biliary drainage in obstructive jaundice / A. R. W. Hatfield, J. Terblanche, S. Fataar [et al.] // *Lancet*. – 1992. – P. 896–899.
  18. **Kaman, L.** Management of major bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy / L. Kaman, A. Behera, B. Singh, R. N. Katariya // *Am. Surg.* – 2004. – Vol. 18, № 8. – P. 1196–1199.
  19. **Nomura, T.** Cholangitis after endoscopic biliary drainage for hilar lesions / T. Nomura, Y. Shirai, K. Hatakeyama // *Hepatogastroenterology*. – 1997. – Vol. 44, № 17. – P. 1267–1270.
  20. **Woods, M. S.** Characteristics of biliary tract complications during laparoscopic cholecystectomy: a multi-institutional study / M. S. Woods, L. W. Traverso, R. A. Kozarek [et al.] // *Am. J. Surg.* – 1994. – Vol. 167. – P. 27–34.

### *References*

1. **Gal'perin E. I.** *Khirurgiya* [Surgery]. 1976, no. 7. pp. 52–59.
2. **Akhmedov S. M., Radzhabov A. M., Elibekov Z., Sandilkhomzade S.** *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2008, vol. 13, pp. 105–106.

3. **Bagnenko S. F., Kabanov M. Yu., Korol'kov A. Yu., Yakovlev D. M.** *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2008, vol. 13, p. 105.
4. **Beburishvili A. G., Zyubina E. N., Stroganova E. P., Vedenin Yu. I.** *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2008, vol. 13, no. 3, pp. 108–109.
5. **Bregadze E. Yu., Omel'chenko V. A., Mazurenko A. A., Goncharuk G. V., Olifarova O. S.** *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2008, vol. 13, no. 13, p. 111.
6. **Vishnevskiy V. A., Kubyshkin V. A., Ionkin D. A., Vukolov A. V.** *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2003, vol. 8, no. 2, pp. 85–86.
7. **Gal'perin E. I., Dyuzheva T. G., Chevokin A. Yu., Garmaev B. G.** *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2008, vol. 13, no. 3, pp. 114–115.
8. **Gal'perin E. I., Chevokin A. Yu.** *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2009, vol. 14, no. 1, pp. 49–56.
9. **Darvin V. V., Onishchenko S. V., Lysak M. M.** *Al'manakh instituta khirurgii im. A. V. Vishnevskogo* [Literary miscellany of the institute of surgery named after A.V. Vishnevsky]. 2011, vol. 6, no. 2, p. 42.
10. **Darvin V. V., Onishchenko S. V., Il'kanich A. Ya, Lysak M. M.** *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2008, vol. 13, no. 3, p. 118.
11. **Daminova N. M.** *Etiopatogenez, diagnostika, profilaktika i khirurgicheskoe lechenie posleoperatsionnogo zhelchnogo peritonita : avtoref. dis.* [Etiopathogeny, diagnostics, preventive measures and surgical treatment of postoperative bile peritonitis: authors's abstract of dissertation]. Dushanbe, 2012, 42 p.
12. **Emel'yanov S. I., Panchenkov D. N., Mamalygina L. A. et al.** *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2005, vol. 10, no. 3, pp. 55–61.
13. **Krasil'nikov D. M., Zaynulin I. V., Kurbaliev A. I., Salizyamnov I. S.** *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2008, vol. 13, no. 3, p. 125.
14. **Romanov V. E.** *Khirurgicheskoe lechenie bol'nykh s yatrogennymi travmami i rubtsovymi strikturami zhelchnykh protokov : avtoref. dis.* [Surgical treatment of patients with iatrogenic injuries and corrosive strictures of bile ducts: author's abstract of dissertation]. Samara, 2005, 48 p.
15. **Chernyshev V. N.** *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2008, vol. 13, no. 3, p. 146.
16. **Shapoval'yants S. G., Orlov S. Yu., Myl'nikov A. G. et al.** *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* [Annals of surgical hepatology]. 2005, vol. 10, no. 3, pp. 34–41.
17. **Hatfield A. R. W., Terblanche J., Fataar S. et al.** *Lancet*. 1992, pp. 896–899.
18. **Kaman L., Behera A., Singh B., Katariya R. N.** *Am. Surg.* 2004, vol. 18, no. 8, pp. 1196–1199.
19. **Nomura T., Shirai Y., Hatakeyama K.** *Hepatogastroenterology*. 1997, vol. 44, no. 17, pp. 1267–1270.
20. **Woods M. S., Traverso L. W., Kozarek R. A. et al.** *Am. J. Surg.* 1994, vol. 167, pp. 27–34.

***Белоконев Владимир Иванович***

доктор медицинских наук, профессор,  
заведующий кафедрой хирургических  
болезней № 2, Самарский  
государственный медицинский  
университет (г. Самара,  
ул. Чапаевская, 89)

E-mail: nbelokoneva@yandex.ru

***Belokonev Vladimir Ivanovich***

Doctor of medical sciences, professor,  
head of sub-department of surgical  
diseases № 2, Samara State Medical  
University (Samara, 89 Chapaevskaya str.)

***И Хункуй***

аспирант, Самарский государственный  
медицинский университет  
(г. Самара, ул. Чапаевская, 89)

E-mail: 86621286@qq.com

***I Khunkuy***

Postgraduate student,  
Samara State Medical University  
(Samara, 89 Chapaevskaya str.)

***Ковалева Зинаида Викторовна***

кандидат медицинских наук, заведующая  
операционным блоком, Городская  
клиническая больница № 1  
им. Н. И. Пирогова (г. Самара,  
ул. Полевая, 80)

E-mail: nbelokoneva@yandex.ru

***Kovalyova Zinaida Viktorovna***

Candidate of medical sciences, head  
of the operation unit, Municipal Clinical  
Hospital № 1 named after N. I. Pirogov  
(Samara, 80 Polevaya str.)

***Николаев Алексей Владимирович***

врач-хирург, Городская клиническая  
больница № 1 им. Н. И. Пирогова  
(г. Самара, ул. Полевая, 80)

E-mail: nbelokoneva@yandex.ru

***Nikolaev Aleksey Vladimirovich***

Surgeon, Municipal Clinical Hospital № 1  
named after N. I. Pirogov  
(Samara, 80 Polevaya str.)

***Салем Ахмад Ибрагим***

аспирант, Самарский государственный  
медицинский университет  
(г. Самара, ул. Чапаевская, 89)

E-mail: adam\_80\_80\_@mail.ru

***Salem Akhmad Ibragim***

Postgraduate student,  
Samara State Medical University  
(Samara, 89 Chapaevskaya str.)

---

УДК 616.12-005.4-125-008.46-008.318

**Белоконев, В. И.**

**Выбор способа операции у больных со «свежей» травмой и структурами гепатикохоледоха / В. И. Белоконев, И Хункуй, З. В. Ковалева, А. В. Николаев, А. И. Салем // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2013. – № 2 (26). – С. 42–54.**