

УДК 616.89-02-089.001 – 616.643.366-089.819.843

З.Б. Курбаниязов, К.Б. Саидмурадов, К.Э. Рахманов*Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан*

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ РУБЦЕВИМИ СТРИКТУРАМИ МАГІСТРАЛЬНИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОКІВ ТА БІЛІОДІГЕСТИВНИХ АНАСТОМОЗІВ

Резюме. Представлено аналіз безпосередніх та віддалених результатів лікування 153 хворих післяопераційними рубцевими стриктурами магістральних жовчних протоків і раніше накладених біліодігестивних анастомозів. У переважній більшості спостережень 125 (81,7%) хворим операцією вибору був ДПУ по Ру, з них у 34 без транспечінкового каркасного дренивання. БА виконаний 13, ГепДА – 4, РЕБВ – 11 пацієнтам. У ранні терміни спостереження післяопераційні ускладнення – 33,4%, летальність – 9,15%. Добрі та задовільні результати у віддаленому періоді після ДПУ спостерігалися в 85,4%. Факторами, які сприяли розвитку рестриктури БДА є високий рівень стриктури (“-1”, “-2”), відносно малий діаметр анастомозу (≤ 15 мм), використання ТПКД. Зрештою після повторних втручань задовільні результати лікування отримані у 91,8% хворих, які були виявлені у віддалені терміни спостережень.

Ключові слова: жовчні протоки, біліодігестивні анастомози, стриктури, операція.

Несмотря на давно отработанную и постоянно совершенствующуюся технику выполнения холецистэктомии, частота повреждений желчных протоков не имеет тенденции к снижению. 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% [1-3].

При травме желчных протоков ее лечение представляет исключительную сложность, требующую длительного лечения, дорогостоящих лечебно-диагностических манипуляций, приводящие к серьезной инвалидизации больных. Летальность составляет 8-17%, осложнения при операциях возникают до 47%, развитие посттравматических стриктур желчных протоков до 35-55% [2, 4-7].

Последствия ятрогенного повреждения желчных протоков способны нанести катастрофи-

ческий урон здоровью больного, и только своевременно и грамотно выполненная операция способна предотвратить развитие столь тягостных осложнений как перитонит, наружных желчных свищей, рубцовых стриктур печеночного протока и как их следствие механическая желтуха, холангит, абсцессы печени, билиарный цирроз [1, 3, 6-8].

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в реконструктивной билиарной хирургии, неудовлетворительные результаты даже у самых опытных хирургов отмечаются в среднем в 10-33% наблюдений. Такие больные нуждаются в повторных, иногда неоднократных реконструктивных операциях и их справедливо называют “билиарными калеками” [9].

Темами для обсуждения на сегодняшний день являются выбор оптимального метода реконструкции билиарного дерева, показания к транспеченочному каркасному дренированию анастомоза и к операциям без использования каркасных дренажей, факторы риска развития стеноза билиодигестивных анастомозов (БДА).

© Курбаниязов З.Б., Саидмурадов К.Б., Рахманов К.Э., 2014

Матеріал и методи. В основу исследования включены результаты лечения 153 пациентов оперированных в Республиканском специализированном Центре хирургии имени академика В. Вахидова и в клинике СамМИ с посттравматическими рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков (МЖП) (134 больных – 87,6%), а также с рубцовыми стенозами БДА (19 больных – 12,4%), сформированных ранее в связи с травмой МЖП в сроки с 2000 по 2010 год.

Возраст больных варьировал от 21 до 77 лет. Средний возраст составил $48,12 \pm 1,4$ лет. Женщин было 111 (72,5%), мужчин 42 (27,5 %).

Среди 137 (89,5%) пациентов причиной развития стриктуры МЖП послужила ятрогенная травма гепатикохоледоха (ГХ) в процессе холецистэктомии. Из них у 53 во время лапароскопической холецистэктомии, у 63 при традиционной или “открытой” холецистэктомии, у 21 при минилапаротомной холецистэктомии. У 7 больных повреждение МЖП произошло при выполнении резекции желудка по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, у 9 при операциях по поводу эхинококкоза печени и его осложнений. Ко времени поступления 56 (36,6%) больных имели в анамнезе одну операцию, 97 пациентов (63,4%) поступили имея в анамнезе 2-4 операции, выполненных ранее в связи с повреждением МЖП.






Диагностический алгоритм базировался на учете клинических симптомов и применении комплекса современных диагностических методов исследования, которые начинали с УЗИ. Наиболее информативным явилась ЧЧХГ – 47 (88,6%) из 53, затем фистулохолангиография – 31 (67,4%) из 46, ЭРПХГ – 14 (19,7%) из 71.

Ведущими клиническими симптомами стриктуры были холангит – 102 (66,7%), желтуха – 129 (84,3%). Наружный желчный свищ имелся у 57 (37,2%) пациентов, при этом у 14 больных он был полным. Важнейшим фактором, определяющим хирургическую тактику, являлся тип стриктуры. Схематично распределение больных по уровню стриктуры (по классификации Э.И. Гальперина, 2002) представлено в таблице 1.

Среди наблюдавшихся пациентов, первоначальный уровень повреждения ГХ удалось выявить у 146 (95,4%) больных. У 7 (4,6%) больных, поступивших из других стационаров, уровень стриктуры был выявлен только во время операции, поскольку медицинская документация не содержала необходимую информацию.

Ближайшие результаты лечения оценивались по числу и характеру осложнений, развив-

Уровень рубцовой стриктуры желчного протока

Тип стриктуры	Всего	%
 “+2 Тип”	10	6,5
 “+1 Тип”	19	12,4
 “0 Тип”	45	29,4
 “-1 Тип”	58	37,9
 “-2 Тип”	21	13,7
Всего	153	100

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

Результаты исследования и их обсуждение. Реконструктивные оперативные вмешательства были выполнены в 129 (84,3%) наблюдениях: ГепЕА – 125, ГепДА – 4. Восстановительные операции – ББА выполнен у 13 (8,5%) и рентгенэндобилярные вмешательства (РЭБВ) у 11 (7,2%) больных (табл. 2).

В зависимости от клинических и интраоперационных признаков, реконструкцию желчных протоков выполняли одно- или двухэтапными оперативными вмешательствами. В случаях уже сформированных стриктур стенки желчного протока, как правило, были уплотнены и пригодны для формирования герметичного БДА. При интенсивной желтухе, холемиической эндотоксемии и высоком риске декомпенсации печеночной недостаточности формирование БДА представляло собой высокий риск развития послеоперационных осложнений вплоть до летального исхода. В подобных ситуациях у 56 (36,6%) больных выпол-

Таблиця 2

**Методы хирургической коррекции посттравматических стриктур
МЖП в зависимости от ее типа**

Операция		Тип стриктуры					Всего
		+2	+1	0	-1	-2	
ГепЕА	с ТПКД	-	-	15	49	21	85
	без ТПКД	1	2	22	7	-	32
Разобшение ГепДА, наложение ГепЕА	с ТПКД	-	-	2	2	-	4
	без ТПКД	1	-	-	-	-	1
Разобшение ГепЕА, наложение ГепЕА	с ТПКД	-	-	2	-	-	2
	без ТПКД	1	-	-	-	-	1
ГепДА		1	3	-	-	-	4
ББА		2	11	-	-	-	13
РЭБВ	Стентирование ГХ	1	3	-	-	-	4
	Эндоскопическое диатерморасшире- ниеГепДА	3	-	3	-	-	6
	Антеградноебужи- рованиеГепЕА	-	-	1	-	-	1
Всего		10	19	45	58	21	153

нено двухэтапное лечение: первым этапом формировали холангиостому. После стабилизации состояния больного производили вторым этапом реконструктивную операцию.

При выполнении ГепЕА придерживались основных принципов формирования высокого прецизионного БДА:

- выделение печеночных протоков проксимальнее стриктуры над рубцовыми тканями;
- рассечение левого печеночного протока по методике Нерр-Сюинауд;
- выключение сегмента тощей кишки длиной 80-90 см по Ру;
- прецизионное формирование анастомоза однорядным узловым швом узлами наружу.

Анализ результатов ГепЕА показал, что наиболее часто удавалось создать широкий анастомоз при стриктурах, не захватывающих верхний свод конfluence. Так, при стриктуре "0, -1" в большинстве случаев удалось сформировать анастомоз шире 20 мм, за счет выделения левого печеночного протока у места слияния его с правым протоком под портальной пластинкой, так называемая операция Нерр-Сюинауд.

Это давало 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", чтобы сформировать единый анастомоз с тощей кишкой, площадку создавали за счет параллельного сшивания остатков долевого протоков по их медиальным стенкам, рассекая перегородку между ними (метод Cattell). После того как неоконфлюэнс был сформирован, дополнительно рассекали оба долевого протока, что значительно увеличивало диаметр будущего соустья.

Чем выше был уровень стриктуры, тем чаще приходилось прибегать к транспеченочному дренированию зоны БДА. Так, в группе "+2", а также в группе "+1" отсутствовала необходимость в применении транспеченочного дренажа. В группе "0" и "-1" необходимость в указанных мероприятиях имела в 19 (46,3%) и 51 (87,9%) наблюдений соответственно. В группе больных со стриктурой типом "-2" во всех наблюдениях потребовалось транспеченочное дренирование зоны БДА (табл. 3).

Транспеченочное дренирование зоны БДА применяли по Сейпол-Куриану (47), Прадери-Смиту (13) и Гальперину (31).

Таким образом, анализ выполненных вмеша-

Таблиця 3

Необходимость применения транспеченочного каркасного дренажа от типа стриктуры

Тип стриктуры	Транспеченочный дренаж (ТПД)		Всего
	Без ТПД	ТПД	
“+2”	3	-	3
“+1”	2	-	2
“0”	22	19	41
“-1”	7	51	58
“-2”	-	21	21
Всего	34	91	125

тельств показал, что наиболее благоприятные возможности для выполнения радикальной операции имелись при стриктурах “+2;+1;0;-1”.

Остальным 28 (18,3%) больным выполнены следующие операции:

- 4 (2,6%) наложен гепатикодуоденоанастомоз (ГепДА);
- 13 (8,5%) наложен ББА;
- 4 (2,6%) выполнено эндоскопическое стентирование желчного протока;
- 7 (4,6%) поступили клинкой рецидивирующего холангита и стеноза БДА после наложения ГепДА (6 больных) и ГепЕА (1 больной), им потребовались неоднократные сеансы РЭБВ.

Среди 153 оперированных больных различного рода осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены у 48 (31,4%), из них в 14 (9,15%) с летальным исходом. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде представлены в таблице 4.

Несостоятельность БДА отмечена у 8 (5,2%) больных. Примечательно, что несостоятельность БДА развилась у 3 больных с типом стриктуры “0”, у 2 типом стриктуры “-1”, и у 3 тип стриктуры классифицировался как “-2”. Анализ собственных данных показал, что несостоятельность билиодигестивного соустья развивалась в среднем на 4-5 сутки после операции (от 2 до 12 суток). В общей структуре данного осложнения, (в 6 из 8 наблюдений) несостоятельность БДА оказалась частичной и представляла собой наружное желчеистечение по контрольным дренажам, которое самостоятельно прекратилось на 14-19 сутки. При полной несостоятельности БДА в 2 случаях потребовалась релапаратомия с наружным дренированием желчных протоков.

Гемобилия развилась у 3 пациентов после проведенной реконструктивной операции. Этим больным произведена релапаратомия, так как консервативные методы гемостаза были неэффективными или эффект от их применения был крат-

ковременным, а эпизоды рецидива кровотечения принимали угрожающий характер. Во всех 3 наблюдениях пришлось прибегнуть к разобщению анастомоза, прошиванию кровоточащего участка. В 3 (1,9%) наблюдениях, когда гемобилия явилась следствием чрескожно-чреспеченочных манипуляций, успешно применена консервативная тактика.

Внутрибрюшное кровотечение имело место у 3 (1,9%) пациентов. При релапаратомии во всех наблюдениях явного источника кровотечения обнаружить не удалось: имела место диффузная кровоточивость из мягких тканей, из мест разделенных сращений. В 3 (1,9%) случаях после наложения ГепЕА на 7-9 сутки после операции открылся тонкокишечный свищ через послеоперационную рану. В 1 случае свищ самостоятельно ликвидировался. В 2 закончился летальным исходом на фоне полиорганной недостаточности. Нагноение послеоперационной раны выявлено у 8 (5,2%) пациентов, при этом отягчающими факторами, провоцирующими гнойное воспаление, были большое число перенесенных ранее оперативных вмешательств на органах брюшной полости, рубцовая деформация мягких тканей передней брюшной стенки, травматичность оперативного доступа.

Печеночно-почечная и полиорганная недостаточность отмечена у 4 (2,6%) и 12 (7,8%) больных соответственно: все они были ранее неоднократно оперированы по поводу основного заболевания, имели в анамнезе длительную и интенсивную желтуху, гистологически выявленный билиарный цирроз. В 6 из 16 наблюдений данного осложнения указанные состояния были излечены консервативно, в 10 полиорганная недостаточность привела к летальному исходу. В 3 случаях летальный исход наступил в первые сутки после операции вследствие острой сердечно-сосудистой недостаточности.

В отдаленном периоде удалось проследить 122 из 139 пациентов, что составило 87,8%. При этом в группе “+2” отслезены 9 (6,5%) больных, в группе “+1” – 15 (10,8%), “0” – 34 (24,5%), “-1” – 46 (33,1%), “-2” – 18 (12,9%). Средний срок наблюдения составил $5,34 \pm 0,5$ года (табл. 5).

Как свидетельствует опыт БДА, несмотря на кажущиеся простоту формирования и физиологичность подвергаются рубцеванию в течение 1-2 лет после операции. В наших наблюдениях после восстановительных операций с рестриктурой ГХ поступили 11 больных в сроки от 1 года до 5 лет. В связи с наличием рецидива стриктуры, всем больным наложен ГепЕА по Ру (4 на ТПКД и 7 –

Таблиця 4

Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных с рубцовыми стриктурами печеночных протоков и БДА

Осложнение	Число больных	%	Из них умерло	%
Несостоятельность швов БДА	8	5,2	-	-
Гемобилия	6	3,9	-	-
Внутрибрюшное кровотечение	3	1,9	-	-
Тонкокишечный свищ	3	1,9	-	-
Острый панкреонекроз	1	0,65	1	0,65
Нагноение послеоперационной раны	8	5,2	-	-
Печено-почечная недостаточность	4	2,6	-	-
Сердечно-сосудистая недостаточность	3	1,9	3	1,9
Полиорганная недостаточность	12	7,8	10	6,5
Всего	48	31,4	14	9,15

Таблиця 5

Отдаленные результаты лечения и повторные хирургические вмешательства

Тип операции		К-во б-ных	Рецидив стриктуры ГХ или БДА	Повторное вмешательство и количество больных
ГепЕА	с ТПКД	66	11	5-РЭБВ, 3-ГепЕА
	без ТПКД	24	1	1-РЭБВ
Разобщение ГепДА, наложение ГепЕА	с ТПКД	3	-	-
	без ТПКД	1	1	-
Разобщение ГепЕА наложение ГепЕА	с ТПКД	2	1	-
	без ТПКД	-	-	-
ГепДА		4	4	1-РЭБВ, 3-ГепЕА
ББА		11	11	11-ГепЕА
РЭБВ	Стентирование ГХ	4	-	-
	Эндоскопическое диатерморасширение ГепДА	6	6	5-РЭБВ, 1-ГепЕА
	Антеградное бужирование ГепЕА	1	1	1-РЭБВ
Всего		122	36	-

без каркасного дренирования).

После наложения ГепДА у всех больных в отдаленном периоде наблюдали холангит и стеноз анастомоза: из них 6 пациентам проведены сеансы эндоскопической баллонной дилатации и диатерморасширения, а 4 больным выполнена реконструктивная операция разобщение ГепДА и наложение ГепЕА по Ру на ТПКД.

Нами проведен анализ отдаленных результатов гепатикоюноанастомозов. Из 125 больных с ГепЕА по Ру в отдаленном послеоперационном периоде удалось наблюдать 96 (76,8%) больных. В 82 (85,4%) наблюдениях полученный результат

позволил говорить об отсутствии признаков стриктуры, в 14 (14,6%) наблюдениях отдаленные результаты 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 5 пациентов, в сроки от 2 до 3 лет у 9 пациентов.

При ретроспективном сопоставлении полученных отдаленных результатов с данными протоколов операций установлены факторы способствовавшие развитию рестриктуры БДА у 14

больных:

- высокий уровень стриктуры (“-1”, “-2”) у 9;
- относительно малый диаметр анастомоза (≤ 15 мм) у 7;
- использование транспеченочных каркасных дренажей у 12 пациентов.

Зависимость развития неудовлетворительных результатов ГепЕА от указанных факторов подтверждается данными, представленными в таблицах 6, 7, 8.

У 14 больных в связи с рецидивом стриктуры ГепЕА, 6 выполнено антеградное бужирование зоны анастомоза, 3 повторно наложен ГепЕА и 5 больных периодически получают консервативную терапию. У 12 из 14 пациентов конечный зафиксированный результат был удовлетворительным, неудовлетворительный результат зафиксирован у 2 пациентов.

Таким образом, в лечении стриктур МЖП получены хорошие результаты у 86 (70,5%) больных

Таблица 6

Влияние типа стриктуры на отдаленный результат

Результат	Уровень стриктуры				Всего
	“+1”	“0”	“-1”	“-2”	
Хороший	1	26	40	15	82
Неудовлетворительный	1	4	6	3	14

Таблица 7

Влияние диаметра БДА на отдаленный результат

Результат	Диаметр анастомоза			Всего
	≤ 15 мм	16-25 мм	≥ 25 мм	
Хороший	13	22	47	82
Неудовлетворительный	7	5	2	14

Таблица 8

Влияние использования каркасных дренажей на качество отдаленного результата

Результат	Без ТПКД				ТПКД				Всего
	“+1”	“0”	“-1”	“-2”	“+1”	“0”	“-1”	“-2”	
Хороший	1	16	7	-	-	10	33	15	82
Неудовлетворительный	1	1	-	-	-	3	6	3	14

из 122 прослеженных в отдаленном периоде. Рецидив возник у 29,5% больных. Повторная операция позволила добиться удовлетворительных результатов у 72,2% из этой категории пациентов. В конечном итоге хорошие и удовлетворительные результаты составили 91,8%, частота неудовлетворительных результатов 8,2%.

Выводы. 1. Операцией выбора при рубцовых стриктурах МЖП является ГепЕА по Ру. Основными условиями, влияющими на отдаленные результаты ГепЕА, являются уровень стриктуры, диаметр сформированного анастомоза и использование ТПКД. 2. ГепЕА без ТПКД улучшает результаты лечения, однако от этой методики приходится отказываться у значительной части

больных с высокими стриктурами желчных протоков. 3. Стриктуры тип “-1” и стриктуры разобщающие систему слияния долевых протоков тип “-2”, являются наиболее сложными для хирургической коррекции и занимают лидирующее место в развитии осложнений, что позволяет отнести больных с данным типом стриктур к группе пациентов с потенциальным риском развития рецидива.

Перспективы дальнейших исследований. Выяснение клинико-патофизиологических и патоморфологических критериев лечебно-диагностических алгоритмов с посттравматическими рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков.

Список использованной литературы

1. Нечай А.И. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии и резекции желудка / А.И. Нечай, К.В. Новиков // *Анналы хирург. гепатолог.* – 2006. – Т. 11, № 4. – С. 95-100.
2. Итала Э. Атлас абдоминальной хирургии: Хирургия печени, желчных путей, поджелудочной железы и портальной системы / Эмилио Итала: пер. с англ. под ред. проф. Ю.Б. Мартова. – М.: Мед. лит., 2006. – Т. 1. – С. 134-182.
3. Shiano Di Visconte. Analisis of patogenetic mechanisms of common bile duct iatrogenic lesion during laparoscopic cholecystectomy / Di Visconte Schiano // *Minerva Chir.* – 2002. – V. 57, № 5. – P. 663-667.
4. Причины развития, диагностика и хирургическое лечение стриктур долевых и сегментарных печеночных протоков / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева, А.К. Чевокин [и др.] // *Хирург.* – 2005. – № 8. – С. 64-70.
5. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков / Ф.Г. Назыров, А.М. Хаджибаев, Б.К. Алтыев [и др.] // *Хирург.* – 2006. – № 4. – С.46-52.
6. Aduna M. Bile duct leaks after

laparoscopic cholecystectomy: value of contrast-enhanced MRCP / M. Aduna // J. Radiol. – 2007. – V. 100, № 2. – P. 61-69. 7. Iatrogenic bile duct injury: the scourge of laparoscopic cholecystectomy / K. Slater, R.W. Strong, P.R. Wall [et al.] // ANZ J. Surg. – 2002. – № 72(2). – P. 83-86. 8. Гальперин Э.И. Факторы, определяющие выбор операции при “свежих” повреждениях магистральных желчных протоков. / Э.И. Гальперин, А.Ю. Чевокин // Анналы хирург. гепатолог. – 2009. – Т. 14, № 1. – С. 49-56. 9. Эндоскопическая коррекция рубцовых стриктур желчных протоков / С.Г. Шаповальянц, С.Ю. Орлов, С.А. Будзинский // Анналы хирург. гепатолог. – 2006. – Т. 11, № 2. – С. 57-64.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Резюме. Проведены макро- и микроскопические исследования атипично расположенных хорд (АРХ) левого желудочка сердца человека. Определение положения АРХ по отношению к внутренним структурам сердца и изучение их морфологических особенностей необходимо для прогнозирования и предупреждения осложнений, возникающих у лиц с АРХ. Результаты исследования показали, что АРХ имели различное положение в полости левого желудочка. В зависимости от локализации в отделах желудочка, мы выделяли базальные, срединные и верхушечные АРХ. На основании проведенных светооптических исследований АРХ по строению мы разделили на фиброзные, смешанные (фиброзно-мышечные или мышечно-фиброзные) и мышечные. Во многих случаях АРХ при микроскопическом исследовании имели травматическое повреждение. Иногда наблюдалась дезорганизация коллагеновых волокон с разволокнением и фрагментацией их пучков.

Ключевые слова: атипично расположенные хорды, левый желудочек сердца.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC CICATRICAL STRICTURES OF THE MAJOR BILE DUCTS AND BILIARY-ENTERIC ANASTOMOSIS

Abstract. The analysis of direct and remote results of treatment of 153 patients with postoperative cicatrival strictures of the major bile ducts and biliary-enteric anastomosis applied earlier is presented in the article. In the majority of cases, that is 125 (81,7%) patients were operated on by Hep EA by Roux method, 34 of them – without transhepatic frame drainage (THFD). Biliary-enteric anastomosis (BEA) was performed on 13 patients, HepDA – 4, PEBV – 11 patients. In early period of observation postoperative complications were found in 33,4%, lethal outcome – 9,15%. Good and satisfactory results in the remote period after HepEA were found in 85,4%. The factors promoting the development of restriction of biliary-enteric anastomosis were a high level of stricture (“-1”, “-2”), a relatively small diameter of anastomosis ($\leq 15\text{mm}$), and the application of THFD. Finally, after repeated surgery satisfactory results were obtained in 91,8% of patients examined in remote periods of observation.

Key words: bile ducts, biliary-enteric anastomosis, strictures, surgery.

Samarkand State Medical Institute (Uzbekistan)

Надійшла 14.09.2014 р.

Рецензент – проф. Білокий В.В. (Чернівці)