

**Н. Н. Артемьева, В. А. Вишнеvский,
Н. Ю. Коханенко**

**ПОВРЕЖДЕНИЯ И РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

Руководство для врачей

Санкт-Петербург
СпецЛит
2018

УДК 616.361-089:617.55

П42

Рецензенты:

Земляной В. П. — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой факультетской хирургии им. И. И. Грекова Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова Министерства здравоохранения РФ;

Котив Б. Н. — доктор медицинских наук, профессор, генерал-майор медицинской службы, заслуженный врач РФ, главный хирург ВС РФ, заместитель начальника академии по учебной и научной работе Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова

П42 Повреждения и рубцовые стриктуры желчных протоков : рук-во для врачей / Н. Н. Артемьева, В. А. Вишневский, Н. Ю. Коханенко [и др.]. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2018. — 359 с.

ISBN 978-5-299-00885-2

В руководстве рассмотрена одна из наиболее актуальных и драматичных проблем абдоминальной хирургии — повреждения и рубцовые стриктуры желчных протоков.

Авторы занимаются этой проблемой многие годы: проф. Н. Н. Артемьева — более 50 лет, ее ученик — проф. Н. Ю. Коханенко — более 20, проф. В. А. Вишневский (президент Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов России и стран СНГ) — тоже почти 50 лет. На эту деликатную тему опубликовано немного работ (в основном до 2000 г.), основанных на большом опыте. Но с тех пор прошло немало времени. Появились новые методы диагностики, шовный материал, мощные антибиотики. Все это отличает представляемое издание, которое иллюстрировано многими схемами оригинальных операций, данными современных исследований. Главы о резекции печени и малоинвазивных операциях при рубцовых стриктурах и повреждениях ЖП написаны крупными специалистами в этой области.

Книга предназначена для хирургов, занимающихся желчной хирургией, а также будет полезна начинающим хирургам и студентам старших курсов медицинских вузов.

УДК 616.361-089:617.55

Схемы патологии и операций выполнены проф. Н. Н. Артемьевой

ISBN 978-5-299-00885-2

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2018

Авторский коллектив:

- Артемова Нина Николаевна* — доктор медицинских наук, профессор;
- Вишневский Владимир Александрович* — доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель наук, лауреат Государственной премии и премии Правительства РФ, руководитель отделения хирургии печени и поджелудочной железы ФГБУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского» Министерства здравоохранения РФ, президент Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов России и стран СНГ;
- Коханенко Николай Юрьевич* — доктор медицинских наук, профессор, лауреат премии Правительства РФ, заведующий кафедрой факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова СПбГПМУ;
- Кулезнева Юлия Валерьевна* — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела лучевых методов диагностики и лечения ГБУЗ «Московский клинический научный центр» Департамента здравоохранения Москвы;
- Ефанов Михаил Германович* — доктор медицинских наук, руководитель отдела гепатопанкреатобилиарной хирургии ГБУЗ «Московский клинический научный центр» Департамента здравоохранения Москвы;
- Шаповальянц Сергей Георгиевич* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии № 2 Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова;
- Будзинский Станислав Александрович* — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова;
- Федоров Евгений Дмитриевич* — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова;
- Глебова Анна Валерьевна* — кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова СПбГПМУ;
- Кашищев Алексей Ариевич* — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова СПбГПМУ;
- Луговой Андрей Львович* — кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова СПбГПМУ;
- Данилов Сергей Александрович* — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова СПбГПМУ;
- Ульянов Юрий Николаевич* — доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова СПбГПМУ;
- Ширяев Юрий Николаевич* — кандидат медицинских наук, врач-хирург хирургического отделения стационара Домодедовской ЦРБ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения.	7
Предисловие (М. В. Данилов)	9

Раздел 1

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПОВРЕЖДЕНИЯХ И РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ

Глава 1. История развития хирургии повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков (Коханенко Н. Ю., Данилов С. А.) .	15
Глава 2. Нормальная и патологическая анатомия и физиология печени и желчных протоков (Коханенко Н. Ю., Данилов С. А.)	20
2.1. Нормальная анатомия печени и желчных протоков	20
2.2. «Опасная анатомия»	31
2.3. Основы физиологии и патофизиологии печени и желчных протоков	32
2.4. Основные патофизиологические и патоанатомические изменения печени и желчных протоков, происходящие при рубцовых стриктурах желчных протоков	34
Глава 3. Причины повреждений магистральных желчных протоков (Коханенко Н. Ю., Глебова А. В.)	37
Глава 4. Особенности повреждений внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии (Луговой А. Л., Коханенко Н. Ю.)	41
Глава 5. Классификация «свежих» повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков	55
Глава 6. Клиника при «свежих» повреждениях и рубцовых стриктурах желчных протоков (Коханенко Н. Ю., Кашищев А. А.)	60
Глава 7. Диагностика «свежих» повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков (Коханенко Н. Ю., Ширяев Ю. Н.) ...	67
7.1. Интраоперационная диагностика повреждений желчных протоков	67
7.2. Послеоперационная диагностика повреждений желчных протоков	71
7.3. Диагностика рубцовых стриктур желчных протоков	78

Глава 8. Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях и рубцовых стриктурах желчных протоков (по данным литературы) (Коханенко Н. Ю., Ульянов Ю. Н.)	87
--	----

Раздел 2

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Глава 1. «Свежие» повреждения внепеченочных желчных протоков. Их последствия в раннем послеоперационном периоде.	97
1.1. «Свежие» повреждения желчных протоков до 2000 г. . .	107
1.2. «Свежие» повреждения желчных протоков после 2000 г.	117
Глава 2. Синдром Мириizzi	131
2.1. Синдром Мириizzi — понятие, классификация, клиника, диагностика, лечение	131
2.2. Синдром Мириizzi I типа	136
2.3. Синдром Мириizzi II типа	154
2.4. Синдром Мириizzi и повреждение желчных протоков ..	165
Глава 3. Повреждения холедоха и большого сосочка двенадцатиперстной кишки во время резекции желудка и их последствия	175
3.1. Рубцовые стриктуры холедоха после его повреждения во время резекции желудка	175
3.2. Повреждение большого сосочка двенадцатиперстной кишки при резекции желудка	178
Глава 4. Рубцовые стриктуры желчных протоков	183
4.1. Общая характеристика больных	183
4.2. Рубцовые стриктуры общего печеночного протока после его наружного дренирования на месте повреждения . . .	210
4.3. Рубцовые стриктуры желчных протоков на месте ранее стоявших в них дренажей без предшествующего повреждения	218
4.4. Рубцовые стриктуры билиобилиарных анастомозов . . .	230
4.5. Рубцовые стриктуры гепатикоеюноанастомозов	235
4.6. Рубцовые стриктуры холедоходуodenального анастомоза	243
4.7. Рубцовые стриктуры гепатико- и холецистоеюноанастомозов после панкреатодуоденальной резекции	247

4.8. Рубцовые стриктуры желчных протоков после операции по поводу врожденных кист печеночно-желчного протока	254
Глава 5. Двухэтапные и повторные операции при повреждении внепеченочных желчных протоков	264
5.1. Двухэтапные операции при рубцовых стриктурах желчных протоков	264
5.2. Повторные операции при рубцовых стриктурах желчных протоков (после наших вмешательств)	272
Глава 6. Резекции печени при доброкачественных стриктурах желчных протоков (<i>Вишневский В. А., Ефанов М. Г.</i>)	283
Глава 7. Минимально инвазивное лечение «свежих» повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков	299
7.1. Возможности эндоскопических транспапиллярных методов в диагностике и лечении «свежих» повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков (<i>Шаповальянц С. Г., Будзинский С. А., Федоров Е. Д.</i>)	299
7.2. Неудачи и осложнения транспапиллярных вмешательств в лечении РСЖП (<i>Шаповальянц С. Г., Будзинский С. А., Федоров Е. Д.</i>)	309
7.3. Роль чрескожных чреспеченочных вмешательств при лечении доброкачественных стриктур и повреждений желчных протоков (<i>Кулезнева Ю. В.</i>)	322
Заключение	334
Послесловие (<i>Артемьева Н. Н.</i>)	340
Литература	343

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АлАТ	—	аланинаминотрансфераза
АсАТ	—	аспартатаминотрансфераза
ББА	—	билиобилиарный анастомоз
ББС	—	билиобилиарный свищ
БД	—	баллонная дилатация
БДА	—	билиодигестивный анастомоз
БДС	—	большой дуоденальный сосочек
БиГЕА	—	бигепатикоеюноанастомоз
БП	—	бужирование протоков
БСДПК	—	большой сосочек двенадцатиперстной кишки
ВЖП	—	внепеченочные желчные протоки
ВРС	—	высокая рубцовая стриктура
ГГТП	—	гаммаглутамилтрансфераза
ГДА	—	гепатикодуоденоанастомоз
ГЕА	—	гепатикоеюноанастомоз
ГПДР	—	гастропанкреатодуоденальная резекция
ГПЖ	—	головка поджелудочной железы
ГЭА	—	гепатикоэнтероанастомоз
ДПК	—	двенадцатиперстная кишка
ДС	—	доброкачественная стриктура
ЖКБ	—	желчнокаменная болезнь
ЖП	—	желчный проток
ИОУЗИ	—	интраоперационное ультразвуковое исследование
ИОХГ	—	интраоперационная холангиография
КТ	—	компьютерная томография
ЛСХЭ	—	лапароскопическая холецистэктомия
МЖП	—	магистральные желчные протоки
МРТ	—	магнитно-резонансная томография
МРХПГ	—	магнитно-резонансная холангиопанкреатография
МСКТ	—	мультиспиральная компьютерная томография
НД	—	наружное дренирование
НРС	—	низкая рубцовая стриктура
НСЭ	—	некрсеквестрэктомия
ОДП	—	острый деструктивный панкреатит
ОЖП	—	общий желчный проток
ОИМ	—	острый инфаркт миокарда
ОПП	—	общий печеночный проток
ОХЭ	—	открытая холецистэктомия
ПГ	—	портальная гипертензия
ПДР	—	панкреатодуоденальная резекция

- ПЖ — поджелудочная железа
- ПЖП — печеночно-желчный проток
- ПЕА — панкреатикоюноанастомоз
- ПП — печеночные протоки
- ППДР — пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция
- ППЖ — проток поджелудочной железы
- ППЖП — повреждение печеночно-желчного протока
- РК — резидуальные камни
- РО — реанимационное отделение
- РС — рубцовая стриктура
- РСЖП — рубцовая стриктура желчных протоков
- РСМЖП — рубцовая стриктура магистральных желчных протоков
- РХЛ — резидуальный холедохолитиаз
- СМ — синдром Мирizzi
- СРС — саморасправляющийся стент
- СТД — сменный транспеченочный дренаж
- ТД ПСТ — трансдуоденальная папиллосфинктеротомия
- ТООЖП — терминальный отдел общего желчного протока
- ТОППЖ — терминальный отдел протока поджелудочной железы
- ТХЭ — традиционная холецистэктомия
- Ф — дренирование по Фелькеру
- ФГДС — фиброгастродуоденоскопия
- ФГС — фиброгастроскопия
- ХБП — хронический билиарный панкреатит
- ХДА — холедоходуоденоанастомоз
- ХЕА — холедохоеюноанастомоз
- ХКП — хронический кальцифицирующий панкреатит
- ХП — хронический панкреатит
- ХцЕА — холецистоеюноанастомоз
- ХЭ — холецистэктомия
- ЦП — цирроз печени
- ЧЧХГ — чрескожная чреспеченочная холангиография
- ЧЧХНВД — чрескожное чреспеченочное холангионаружно-внутреннее дренирование
- ЧЧХНД — чрескожное чреспеченочное холангионаружное дренирование
- ЧЧХС — чрескожная чреспеченочная холангиостомия
- ЩФ — щелочная фосфатаза
- ЭБС — эндобилиарное стентирование
- ЭндоУЗИ — эндоскопическое ультразвуковое исследование
- ЭПСТ — эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- ЭРХПГ — эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

ПРЕДИСЛОВИЕ

Предлагаемое читателям — как опытным специалистам, так и новичкам в хирургии, и студентам, только осваивающим профессию, — руководство Н. Н. Артемьевой, В. А. Вишневого и Н. Ю. Коханенко — ценный вклад в сложную и многостороннюю проблему хирургии желчных путей и смежных органов. В последние десятилетия как в России, так и на Западе наблюдается постоянный рост заболеваемости разнообразными хирургическими болезнями билиарно-панкреатической системы — холецисто- и холангиолитиазом, а также опухолевыми поражениями органов панкреатобилиарной системы. Одновременно расширяется арсенал хирургических вмешательств на желчных путях и смежных с ними органах — как традиционных операций, так и непрерывно совершенствующихся способов минимально инвазивной хирургии.

Одно из главных направлений билиарной хирургии — лечение пациентов с желчнокаменной болезнью и ее разнообразными осложнениями. После того как многочисленными исследованиями были доказаны малая эффективность «бескровного» лечения (холелитическая терапия, дистанционная литотрипсия) при холецисто- и холангиолитиазе и реальная опасность возникновения при этом рецидивов и тяжелых осложнений, основные усилия клиницистов были направлены в сторону разработки способов хирургического лечения поражений билиарного тракта. Одновременно с ростом заболеваемости холелитиазом резко расширился круг лечебных учреждений, в которых выполняются хирургические вмешательства на билиарном тракте и смежных органах. Недостаточная квалификация многих хирургов, неполная обеспеченность диагностической аппаратурой и современным инструментарием стали причинами нередко наблюдаемой нерадикальности выполняемых хирургических вмешательств, развития после них рецидивов заболевания и возникновения разнообразных, часто весьма тяжелых послеоперационных осложнений.

На этом фоне в 60-х гг. прошлого столетия стало формироваться новое направление — реконструктивная хирургия желчных путей и смежных с ними органов. Основными целями этого направления являлись: разработка способов предотвращения интраоперационных повреждений желчных протоков и сосудистых структур, устранение последствий нерадикальности первичных операций, коррекция возникших осложнений. Крупнейшими цен-

трами реконструктивной билиарной хирургии закономерно стали Ленинград — С.-Петербург и Москва.

Петербургская школа билиарно-панкреатической хирургии (Смирнов А. В., Смирнов Е. В. и ряд других) в 60-х гг. начала исследования по проблеме реконструктивных операций, например, у пациентов с послеоперационными желчными свищами. Планомерная разработка этого направления хирургии желчных путей продолжалась в клинике ЛСГМИ профессора П. Н. Напалкова. Под его руководством работала Н. Н. Артемьева, которую в дальнейшем в клинику госпитальной хирургии № 1 1-го ЛМИ пригласил профессор Н. В. Путов. Эту работу в дальнейшем продолжил ученик профессора Н. Н. Артемьевой профессор Н. Ю. Коханенко. Авторами был накоплен крупнейший опыт реконструкций желчных протоков при свежих повреждениях внепеченочных желчных протоков и афферентных сосудистых структур, а также операций при послеоперационных рубцовых стриктурах протоков.

Одновременно проблемы реконструктивной хирургии при интраоперационной травме желчных протоков и отдаленных последствиях этих повреждений начали активно развиваться в Москве В. В. Виноградовым и его учениками, среди которых сегодня ведущее место принадлежит В. А. Вишневскому, обладающему к настоящему времени опытом более 500 реконструкций при свежих повреждениях желчных протоков и их рубцовых стриктурах. Этот опыт включает также многоэтапные операции при облитерации ранее наложенных билиобилиарных и билиодигестивных анастомозов, при гнойных осложнениях и гемобилии после перенесенных первичных и реконструктивных операций и др., что сопоставимо с результатами исследований, проведенных московской школой гепатобилиарных хирургов под руководством Э. И. Гальперина.

Объединение опыта двух ведущих — петербургской и московской — школ реконструктивной билиарной хирургии позволило выработать для отечественных хирургов алгоритм хирургического лечения в наиболее сложном разделе хирургического лечения ятрогенной травмы желчных протоков и последствий этих повреждений, а также неэффективных и осложненных попыток их хирургической коррекции.

Новый импульс развития реконструктивной хирургии повреждений желчных протоков и их последствий в России был связан с широким внедрением в клиническую практику лапароскопических операций на желчных путях, и в первую очередь лапароскопической

холецистэктомии (ЛСХЭ) с момента ее первого выполнения в нашей стране Ю. И. Галлингером и А. Д. Тимошиным в 1991 г. Эта операция быстро приобрела широкое распространение, от центра до самых отдаленных уголков страны, в силу ряда ее преимуществ перед традиционной холецистэктомией.

Однако первоначальный оптимизм «эндоскопических хирургов» в отношении безопасности ЛСХЭ постепенно сменялся более взвешенными ее оценками, поскольку, как оказалось, частота интраоперационных повреждений желчных протоков при ЛСХЭ превышала таковую при открытой холецистэктомии в 2–4 раза (Емельянов С. И. [и др.], 2005; Кароор V., 2007). Если, как указывает S. Strasberg (1995), до внедрения в практику ЛСХЭ частота повреждений желчных протоков не превышала 0,1–0,3 %, то в «лапароскопическую эру» отмечается возрастание этого показателя до 0,4–0,6 %.

Повреждение желчных протоков при ЛСХЭ является тяжелым осложнением, которое способно серьезно изменить качество жизни пациента после осложнившейся операции, а в ряде случаев оказаться фатальным (Fujita F., 2004). Широкое распространение лапароскопических операций на желчных путях, прежде всего ЛСХЭ, одновременно с привлекательностью этого «щадящего» метода сопровождается, к сожалению, ростом числа осложнений этой минимально инвазивной операции. На решение этой крайне сложной и весьма распространенной проблемы были направлены усилия авторов настоящей монографии, которые разработали ряд действенных способов профилактики осложнений, нередко возникающих в ходе лапароскопической операции.

Не менее важное значение имеет формирование авторами важных тактических положений, позволяющих улучшить результаты хирургического лечения ятрогенных интраоперационных повреждений желчных протоков, в частности: отказ от попыток наложения билиобилиарных анастомозов при полном пересечении или иссечении гепатикохоледоха и замена этой операции формированием гепатико- или бигепатикоеюноанастомозов; целесообразность выполнения радикального реконструктивного вмешательства при выявлении повреждения в ходе первичной операции или в максимально сжатые сроки после его обнаружения; необходимость привлечения к выполнению реконструктивной операции опытных специалистов в гепатобилиарной хирургии, при необходимости после срочного перевода пациента в специализированное отделение гепатобилиарной хирургии.

Впечатляет тщательная разработка авторами мельчайших деталей выполнения реконструктивных вмешательств, обеспечивающих благоприятный непосредственный результат вмешательства. Ювелирная техника реконструктивных операций, продемонстрированная ими, позволяет с успехом выполнять наиболее сложные многоэтапные операции при неудовлетворительных результатах ранее выполненных билиобилиарных и билиодигестивных анастомозов.

Впечатляют достижения авторов при хирургическом лечении пациентов в трудных и нестандартных ситуациях, например при синдроме Мириizzi, часто сопровождающемся интраоперационной травмой желчных протоков; при реконструктивных операциях по поводу билиарных стриктур, возникших как следствие осложнений ранее выполненных декомпрессивных вмешательств при врожденных кистозных поражениях магистральных желчных протоков; при стриктурах желчеотводящих анастомозов после панкреатодуоденальной резекции и других операций, выполненных ранее по поводу опухолевых поражений поджелудочной железы с вовлечением в патологический процесс желчного дерева.

Существенный интерес представляют разработки авторов по выбору и осуществлению реконструктивных операций при последствиях повреждений общего желчного протока при резекциях желудка. Авторами разработаны уникальные приемы реконструкции билиарного тракта и смежных органов в тех наиболее сложных ситуациях, когда в ходе первичной операции на желудке был поврежден и даже иссечен большой сосочек двенадцатиперстной кишки.

Впервые в отечественной литературе авторами обобщен опыт хирургического лечения рубцовых стриктур магистральных желчных протоков, возникших после их неадекватного наружного дренирования в ходе первичных операций, а также после дефектов технического выполнения холедоходуоденоанастомозов (ХДА). Не менее интересен опыт авторов по реконструкции желчного дерева и восстановлению нарушенного желчеоттока у пациентов, ранее подвергшихся наложению билиобилиарных анастомозов, сформированных при повреждении гепатикохоледоха в ходе ЛСХЭ. Рекомендации авторов будут иметь неопределимое значение для хирургов, занимающихся лечением пациентов с повреждениями желчных протоков и послеоперационными стриктурами билиарного тракта.

Несмотря на успехи реконструктивной хирургии в лечении последствий интраоперационной травмы билиарного тракта, особые трудности представляют попытки восстановления желчеоттока у

пациентов с разрушениями внутривенечных секторальных и сегментарных желчных протоков, что часто сочетается с абсцедированием недренируемых сегментов и долей печени и другими гнойными осложнениями. В подобной ситуации попытки сформировать адекватные билиодигестивные анастомозы с внутривенечными протоками часто оказываются невыполнимыми, не позволяющими разрешить нарушения желчеоттока, устранить деструкцию и нагноение значительных участков печени. Единственным выходом из создавшейся ситуации оказывается выполнение обширных резекций печени в объеме гемигепатэктомии либо секторальных резекций с последующим формированием прецизионных анастомозов долевых желчных протоков оставшегося фрагмента печени. Как показывает опыт резекций печени у 17 пациентов с повреждениями внутривенечных желчных протоков, их последствиями и осложнениями, выполненными В. А. Вишневым [и др.], подобное реконструктивное вмешательство позволяет эффективно купировать гнойные осложнения и одновременно добиться адекватного восстановления желчеоттока.

Дальнейшее развитие хирургии не оставило авторов книги равнодушными и к появлению минимально инвазивных хирургических вмешательств на билиарном тракте и смежных с ним органах, призванных в ряде случаев заменять собой открытые оперативные вмешательства либо дополнять ими способы «открытой» традиционной хирургии. Достаточно широко используя эти методы в своей работе, авторы привлекли для написания соответствующих разделов крупнейших специалистов в эндоскопической хирургии (Шаповальянц С. Г. [и др.]) и в использовании интервенционных антеградных вмешательств (Кулезнева Ю. В.). Убедительно показана роль минимально инвазивных вмешательств в улучшении результатов открытых операций на билиарном тракте, позволяющих в ряде случаев заменить собою лапаротомные реконструктивные вмешательства, а в других случаях — выступить в качестве первого этапа хирургического лечения, обеспечивающего безопасность последующей «открытой» операции. Особый интерес представляет обобщение авторами опыта применения в наиболее сложных случаях баллонной дилатации, стентирования, декомпрессии суженных или окклюзированных желчных протоков с использованием антеградного и ретроградного доступов и их комбинации по методике «рандеву».

Нельзя не согласиться с важным положением авторов, что внедрение в практику минимально инвазивных лечебных вмешательств ни в коем случае не должно стать средством вытеснения из обра-

ния проверенных способов лапаротомных реконструктивных операций. Напротив, сочетание и обоснованный выбор в каждом конкретном случае наиболее подходящего хирургического вмешательства является важнейшим средством улучшения его непосредственных и отдаленных результатов.

Выход в свет руководства Н. Н. Артемьевой, В. А. Вишневого и Н. Ю. Коханенко внесет важный вклад в развитие отечественной реконструктивной хирургии билиарного тракта. Для читателя-хирурга будет весьма интересно и полезно познакомиться с историей развития этого сложного раздела гепатобилиарной хирургии, этапами ее становления и перспективами развития, написанными крупнейшими в нашей стране специалистами различных направлений в «открытой» реконструктивной и минимально инвазивной хирургии. Ознакомление с приведенными в книге данными и рекомендациями, без сомнения, поможет отечественным хирургам добиться того, чтобы сделать хирургию желчных путей в нашей стране более безопасной и эффективной.

М. В. Данилов,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии СССР и премий
Правительства РФ
в области науки и техники

РАЗДЕЛ 1

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПОВРЕЖДЕНИЯХ И РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ

Глава 1

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Первое описание анатомии печени и желчных протоков датируется 2000 г. до н. э. (Вавилон). Первое медицинское описание печени сделано Alexandrian Herophilus (325–255 гг. до н. э.) в 334 г. до н. э. Вплоть до XV в. в медицинской литературе доминировала анатомия, описанная Claudius Galen (130–200 гг. до н. э.).

Andreas Vesalius (1514–1564) в 1538 г. разделил печень на две доли. Francis Glisson в 1654 г. опубликовал свою работу «Anatomia Hepatis», где описал взаимоотношение желчных протоков и печеночных сосудов (Гальперин Э. И., Дюжева Т. Г., 2011) (рис. 1.1, 1.2).

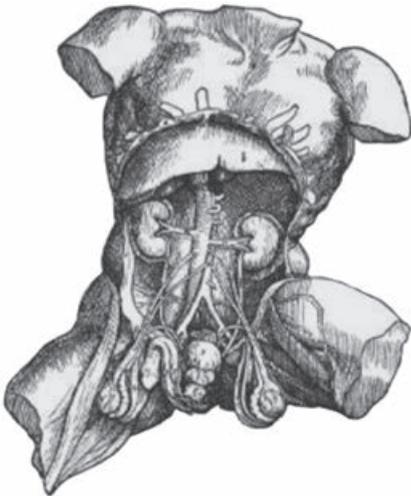


Рис. 1.1. Анатомический рисунок
Andreas Vesalius

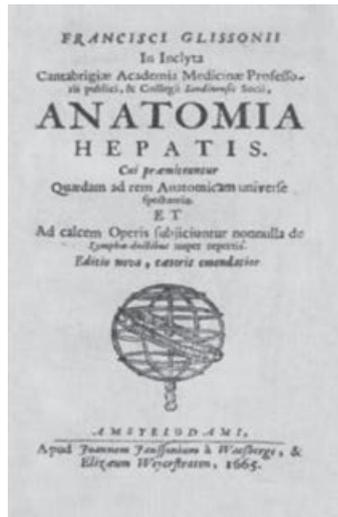


Рис. 1.2. Титульный лист работы
Francis Glisson «Anatomia Hepatis»

**ПОВРЕЖДЕНИЯ И РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ
ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

Руководство для врачей

Редактор *Закревская Е. Г.*
Корректор *Полушкина В. В.*
Верстка *Тархановой А. П.*

Подписано в печать 25.01.2018. Формат 60 × 88¹/₁₆.
Печ. л. 22,5 + 0,5 печ. л. цв. вкл. Тираж 1500 экз. Заказ №

ООО «Издательство „СпецЛит“».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15.
Тел. 495-36-09, 495-36-12
<http://www.speclit.spb.ru>

Первая Академическая типография «Наука»
199034, Санкт-Петербург, 9-я линия, 12