

Реконструктивные операции на желчных путях

Выполнила: Корниенко Оксана

Курс: 6

Группа: 604-4

- **Реконструктивные операции на желчных путях** — одна из наиболее трудных глав хирургии желчных путей. Они предпринимаются чаще по поводу осложнений, возникших после первого вмешательства. Здесь может иметь место и непосредственная травма гепатикохоледоха или его печеночных разветвлений в виде краевого иссечения, рассечения или даже полного пересечения протоков, перевязки их лигатурой и т. п.

Как указывает Е. В. Смирнов, случайные повреждения желчных протоков происходят, как правило, при следующих обстоятельствах:

- 1) при трудных в техническом отношении операциях, мощных сращениях в районе внепеченочных желчных путей и двенадцатиперстной кишки;
- 2) при значительном кровотечении в этой области, когда в случае остановки кровотечения кровоостанавливающими зажимами повреждают желчные протоки;
- 3) при мобилизации двенадцатиперстной кишки во время резекции желудка, когда при разъединении сращений может быть поврежден общий желчный проток;
- 4) при аномалиях протоков.

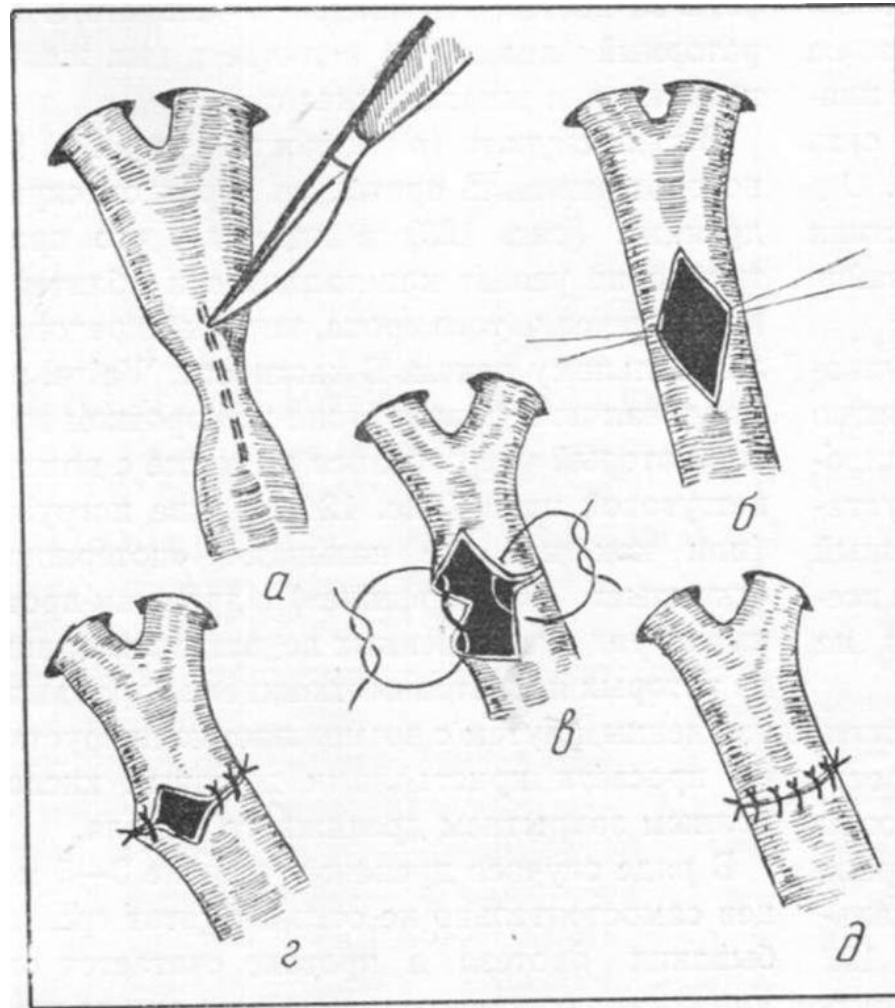
Восстановление нормального оттока желчи может быть достигнуто

несколькими путями:

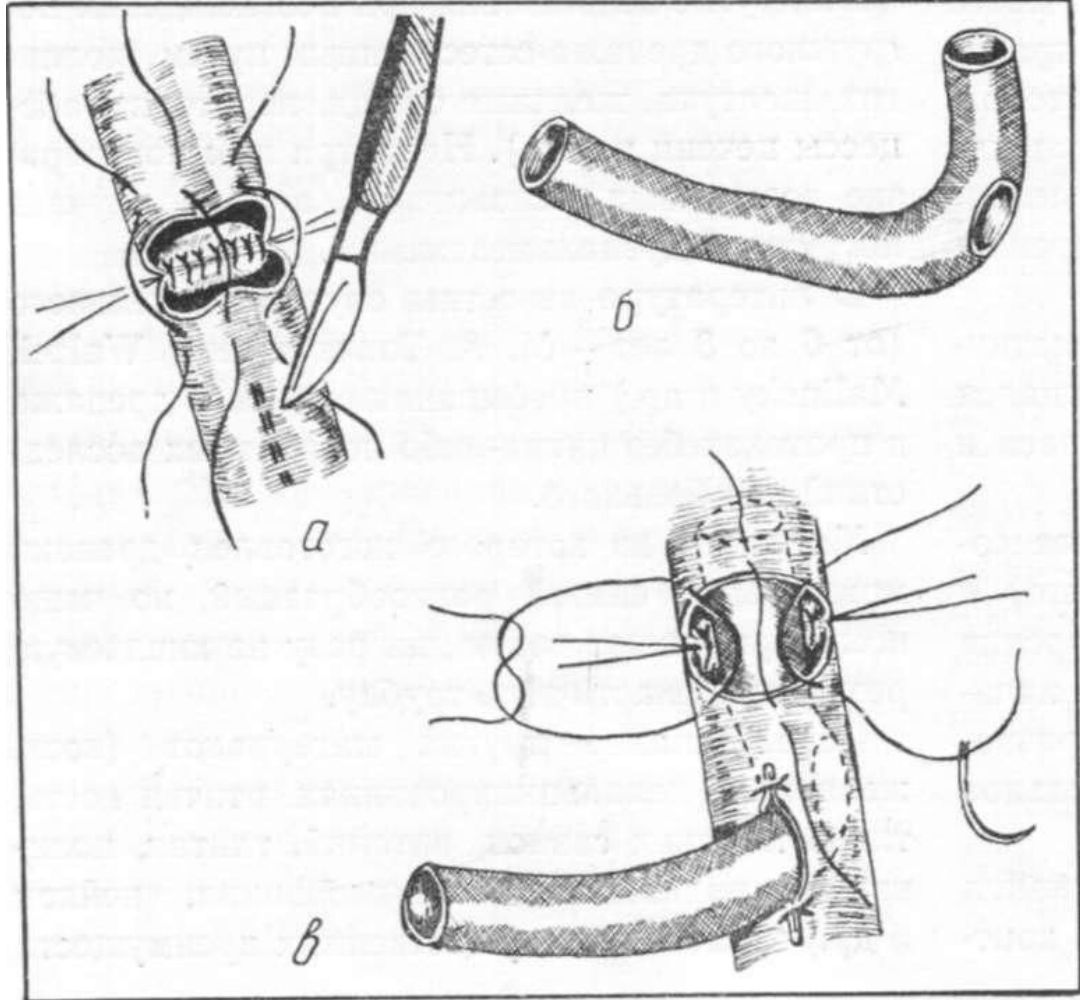
- 1) сшиванием проксимального и дистального концов пересеченного протока;
- 2) непосредственной пластикой протока или с помощью других органов (желчный пузырь, пузырный проток и т. д.);
- 3) пересадкой (имплантацией) протока в желудок или кишечник;
- 4) протезированием и пластикой протока на различного вида дренажах;
- 5) созданием обходного анастомоза с помощью пузырно (печеночно)-желудочного или пузырно (печеночно)-кишечного соединений;
- 6) пересадкой (имплантацией) желчного свища в желудочно-кишечный тракт.

- **Непосредственная пластика гепатикохоледоха может быть применена и применяется особенно часто при ограниченном сужении протока в среднем его отделе и при достаточно расширенных выше и ниже лежащих отрезках.**

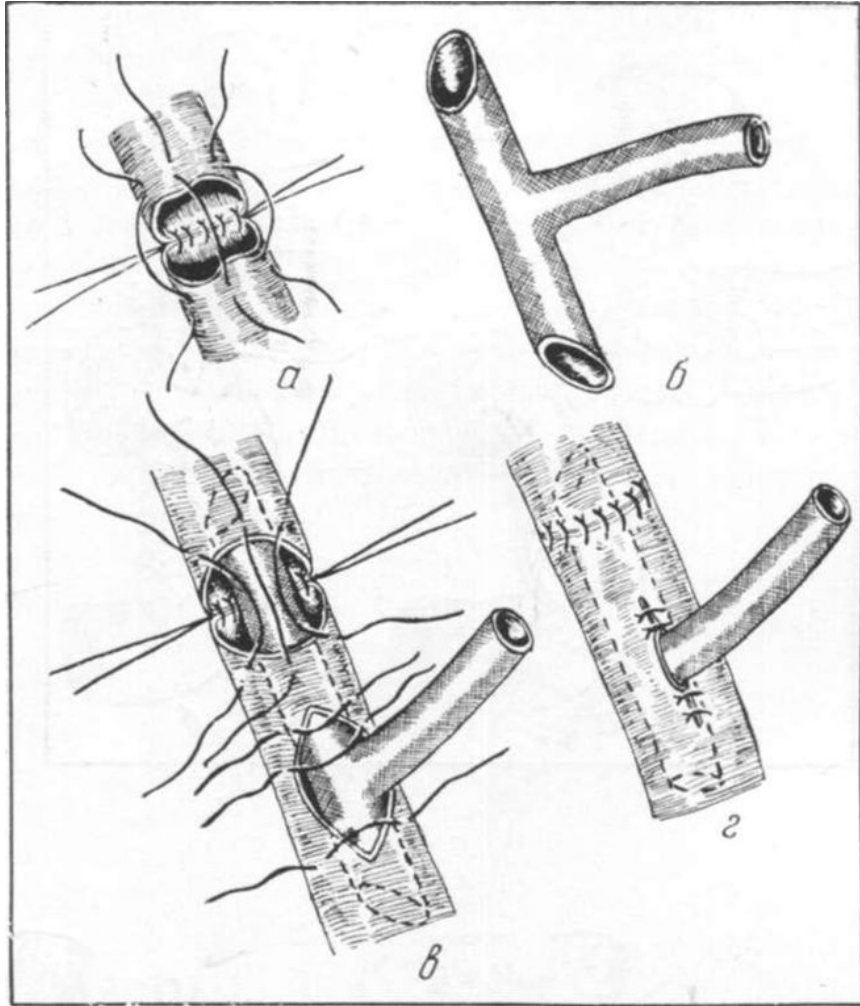
Одним из эффективных является способ пластики по Гайнеке — Микуличу



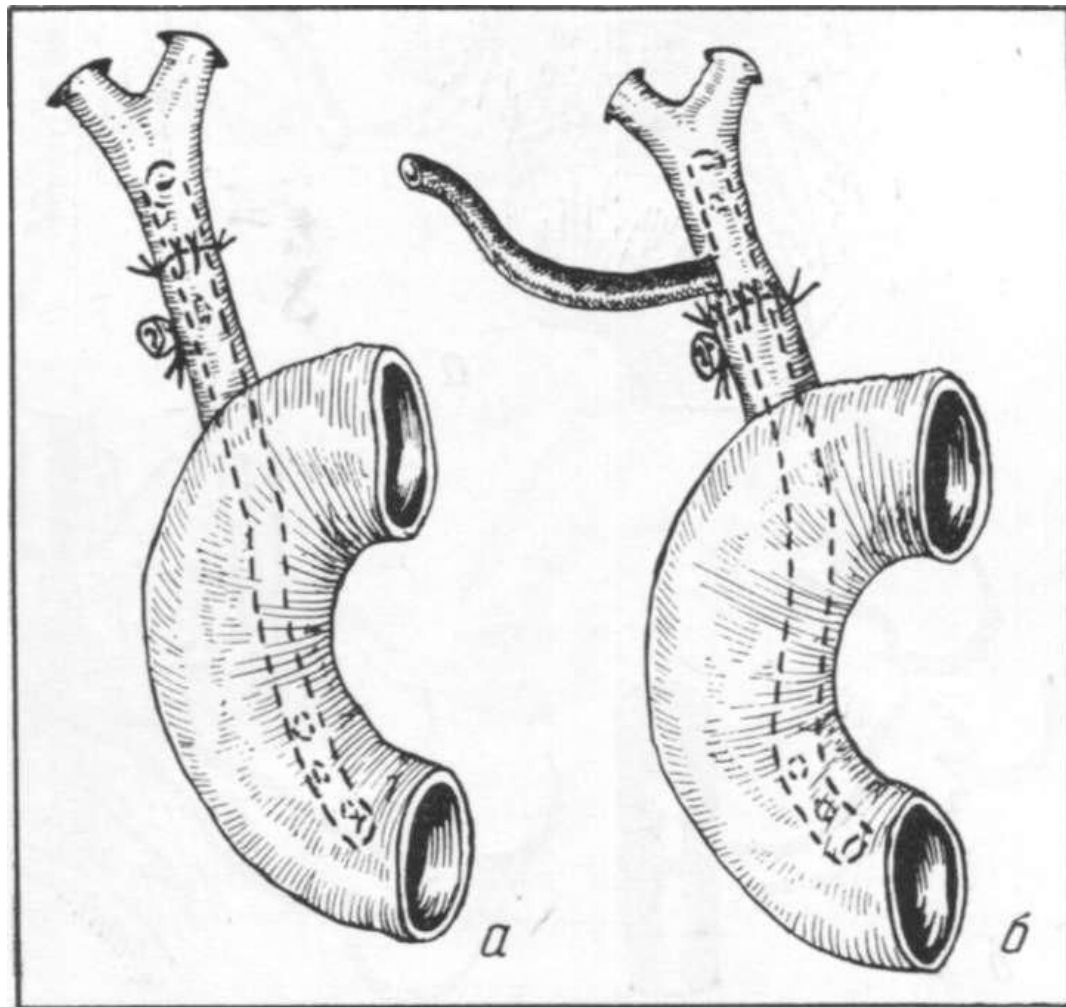
- В большинстве случаев сшивание и зашивание гепатикохоледоха происходит с помощью дренажей. Предложено много видов дренирования гепатикохоледоха, много способов установки их в протоках. Сшивать пересеченный гепатикохоледох удобнее и целесообразнее всего на дренаже



- При невозможности сблизить, сопоставить концы рассеченного протока применяют протезирование его резиновой (полихлорвиниловой и т. п.) дренажной трубкой, вставленной одним концом в печеночный, а другим — в дуоденальный отрезки желчного протока. На рис. 122 изображены два принципиально отличающихся, несмотря на внешнее сходство, типа протезирования.



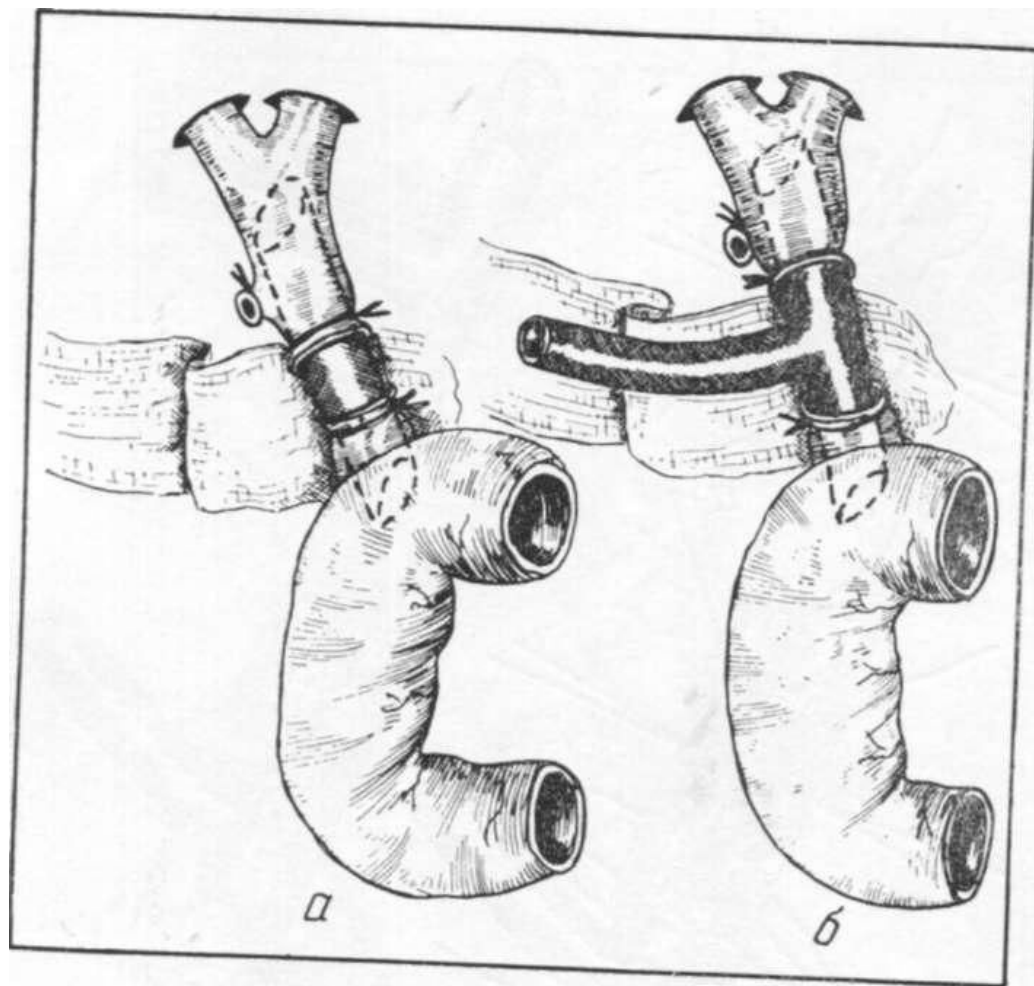
- При невозможности сблизить, сопоставить концы рассеченного протока применяют протезирование его резиновой (полихлорвиниловой и т. п.) дренажной трубкой, вставленной одним концом в печеночный, а другим — в дуоденальный отрезки желчного протока. На рис. 122 изображены два принципиально отличающихся, несмотря на внешнее сходство, типа протезирования.



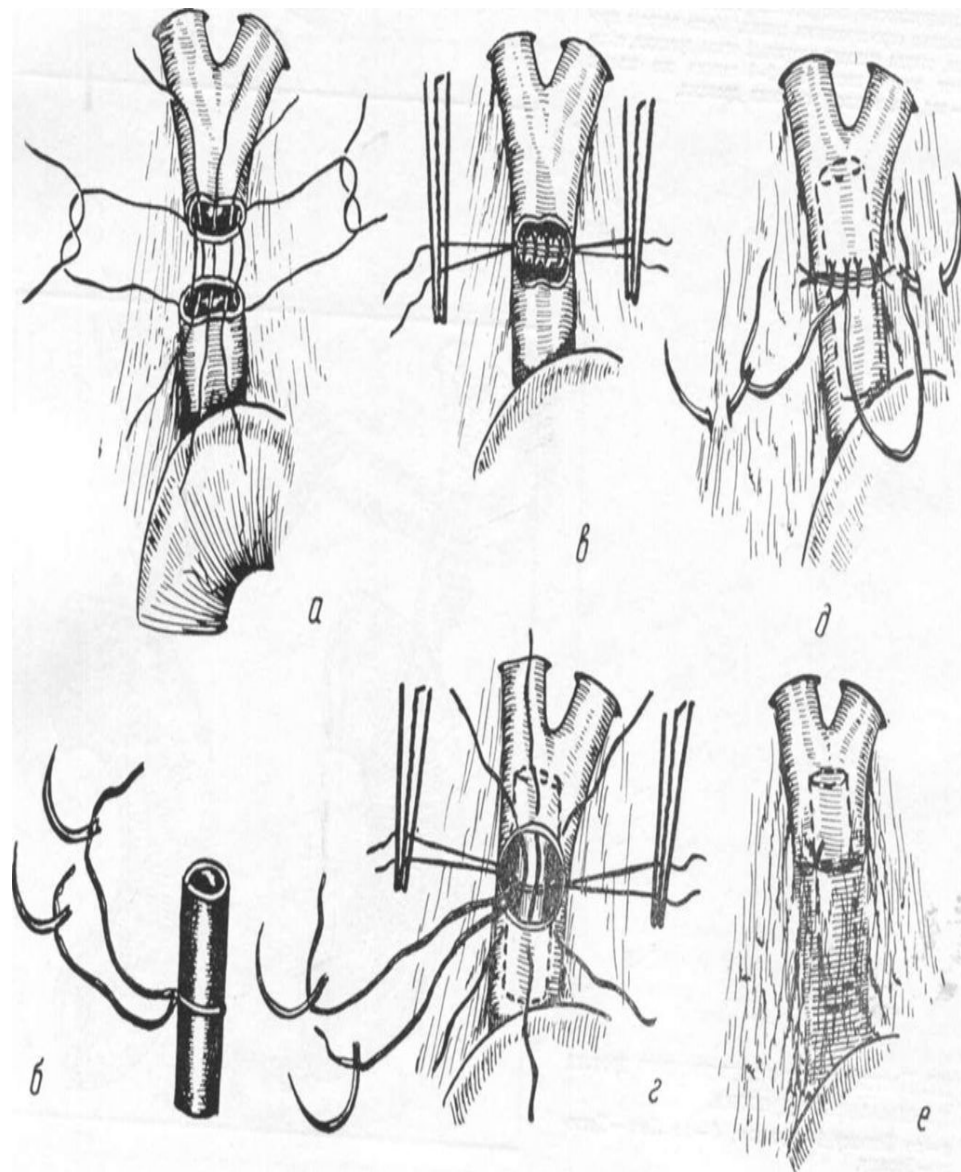
- В первом из них (Вильмс I) не имеется наружного сообщения и предусматривается самостоятельное отхождение дренажа кишечным трактом после формирования на его месте канала (рис. а). Это облегчается его транспапиллярным расположением. При втором типе (Loyque, Cattell и Braasch) имеется наружное сообщение, и по истечении определенного времени (от 3 недель до 1 года) дренаж извлекается (рис. Б).

- Извлечение трубки — достаточно травматичная и болезненная процедура, кончающаяся образованием временного, а в ряде случаев и постоянного желчного свища.
- Для улучшения проходимости фатерова соска (если дренаж не проведен через него) и во избежание нарушения акта пищеварения примерно со 2-й недели после операции начинают пережимать наружный отвод Т-образного дренажа на все более продолжительное время.

В ряде случаев (в частности, при раке) можно протезировать проток на коротком скрытом дренаже в надежде, что просвет трубки не успеет кристаллически облитерировать в течение того срока, который предопределен больному раком.



- В частности, Walzel рекомендовал пластику протока на коротком дренаже, который удерживался на месте с помощью кетгутовой нити. Такие погружные (или как их еще называют «потерянные», «скрытые», «внутренние») дренажи-протезы имеют ряд существенных недостатков, главным из которых является неотхождение дренажа естественным путем с возможностью инкрустации их просвета кристаллами желчных кислот с полным закрытием дренажного канала.



Из чего же делают дренажи?

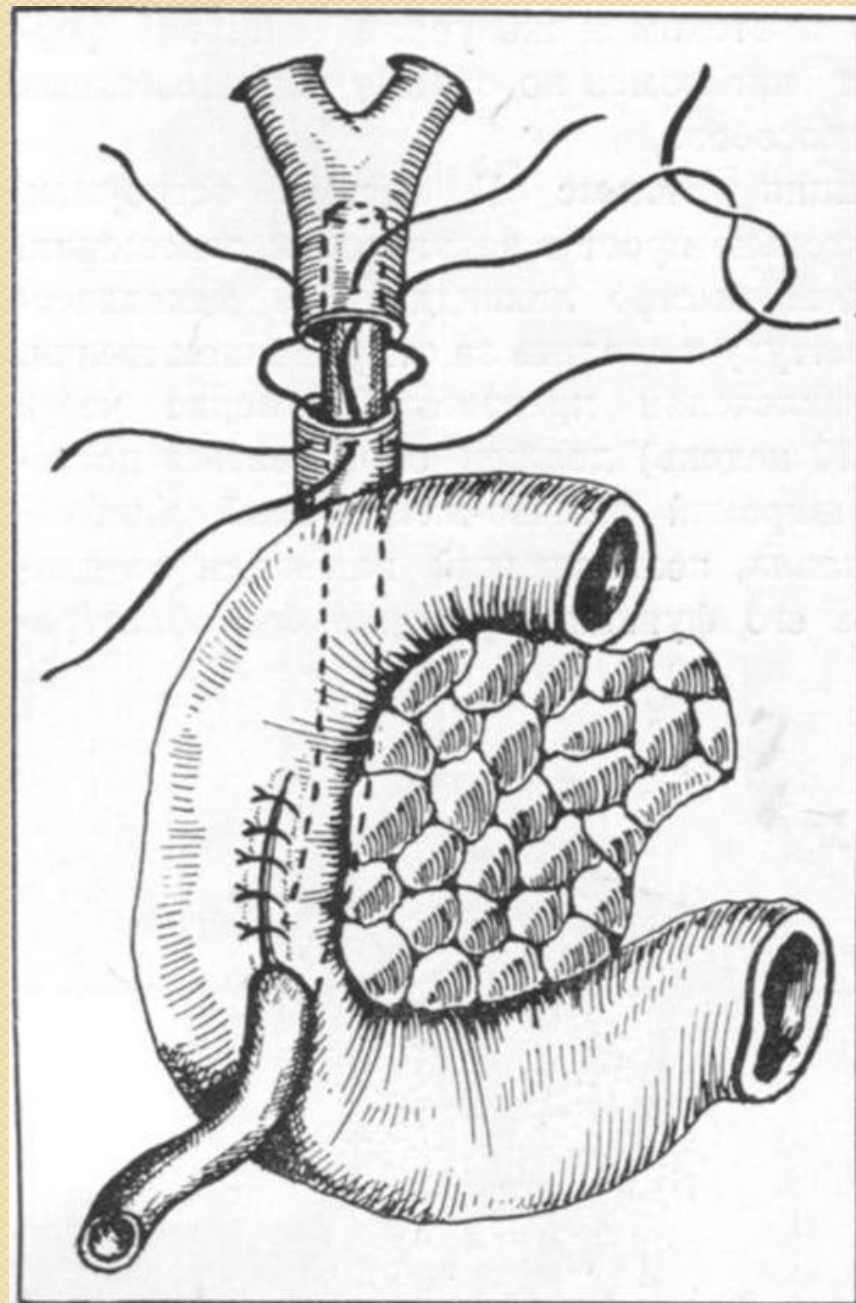
- Материал, из которого изготовлен дренаж, может быть самый разнообразный, но чаще всего применяют новую, ни разу не кипяченую резиновую эластичную трубку.
- Использование других материалов (воск, желатина, декальцинированная птичья кость, ткань морских свинок, Виталий, тантал, поливинил, полиэтилен, полихлорвинил, нейлон и др.) не показало существенных преимуществ перед резиной, в то время как недостатки, присущие всем скрытым дренажам, тем более негнущимся, сохранялись.
- Следует учесть, кроме того, что оставляемый дренаж должен быть рентгеноконтрастным, чтобы можно было проследить за его местонахождением. Уловить момент отхождения протеза другим путем бывает трудно.

Другой способ протезирования и имплантации культи протока заключается в отведении желчи в желудочно-кишечный тракт с помощью **наружно-погружного дренажа (Вильмс II)**. Он заключается в следующем. В желудок или в двенадцатиперстную кишку вшивают по Витцелю дренажную трубку, один конец которой вводят в культю протока, второй — выводят через стенку желудка (кишки) и переднюю брюшную стенку (через отдельный разрез) наружу.

Принцип Вильмс II весьма остроумен, сравнительно прост в техническом отношении, позволяет быстро ликвидировать механическую желтуху и следить за отхождением желчи. По извлечении дренажа (примерно через 6—8—10 недель) должен образоваться достаточно широкий желчно-желудочный (кишечный) канал, позволяющий надеяться на длительное его функционирование без облитерации просвета. Следует лишь помнить о необходимости создания дополнительных окон-вырезов в стенке дренажа, которые позволяли бы желчи одновременно с наружным выделением попадать в просвет желудочно-кишечного тракта.

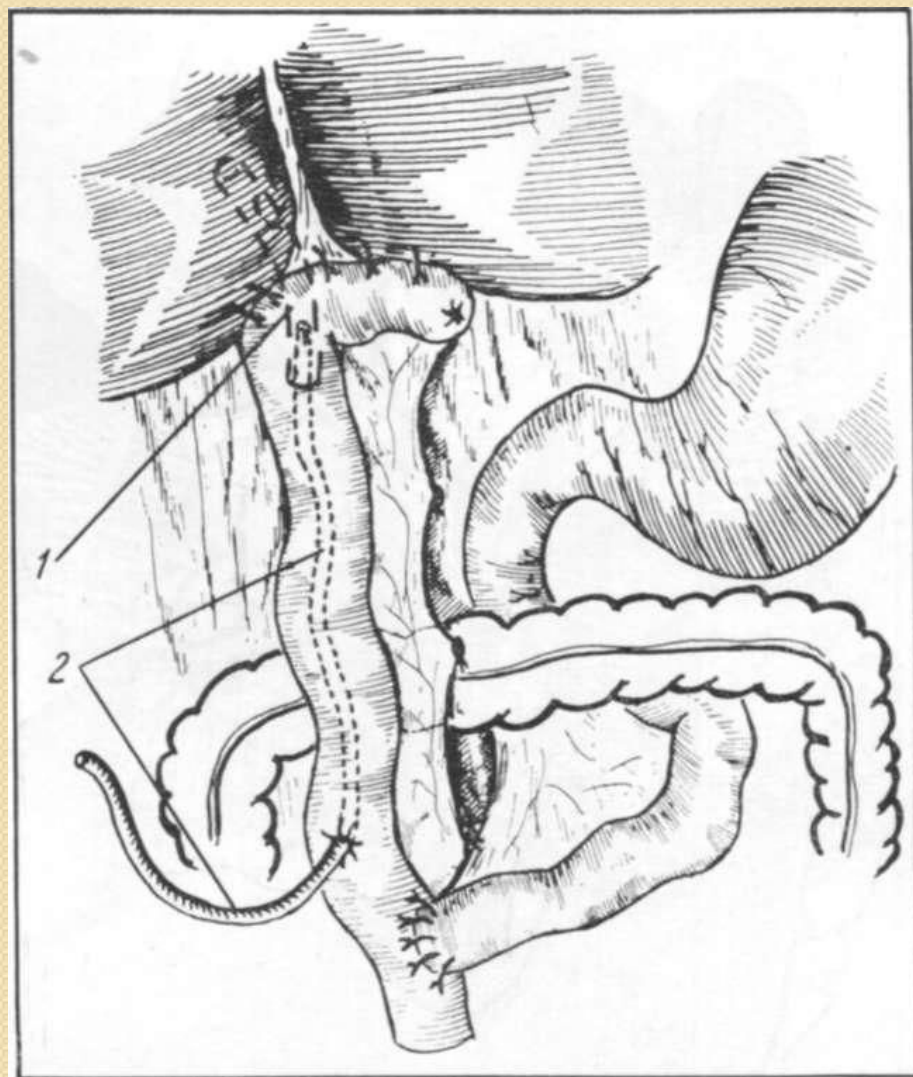


Заслуживает внимания предложение **Voelcker** и **Herz** в модификации **Champeau** и **Pineau**. Способ заключается в том, что при сшивании протока на дренаже или протезировании его на расстоянии последний проводят через фатеров сосок в двенадцатиперстную кишку и далее через отдельный разрез кишки и передней брюшной стенки — наружу. В кишке дренаж фиксируют не по Витцелю, как рекомендовал **Voelcker**, а 1—2 кистетными швами. Дренаж должен быть обязательно с боковыми отверстиями, обращенными в просвет двенадцатиперстной кишки и максимально точно соответствовать диаметру протока. Удаляют дренаж на 4—6-й неделе после операции.

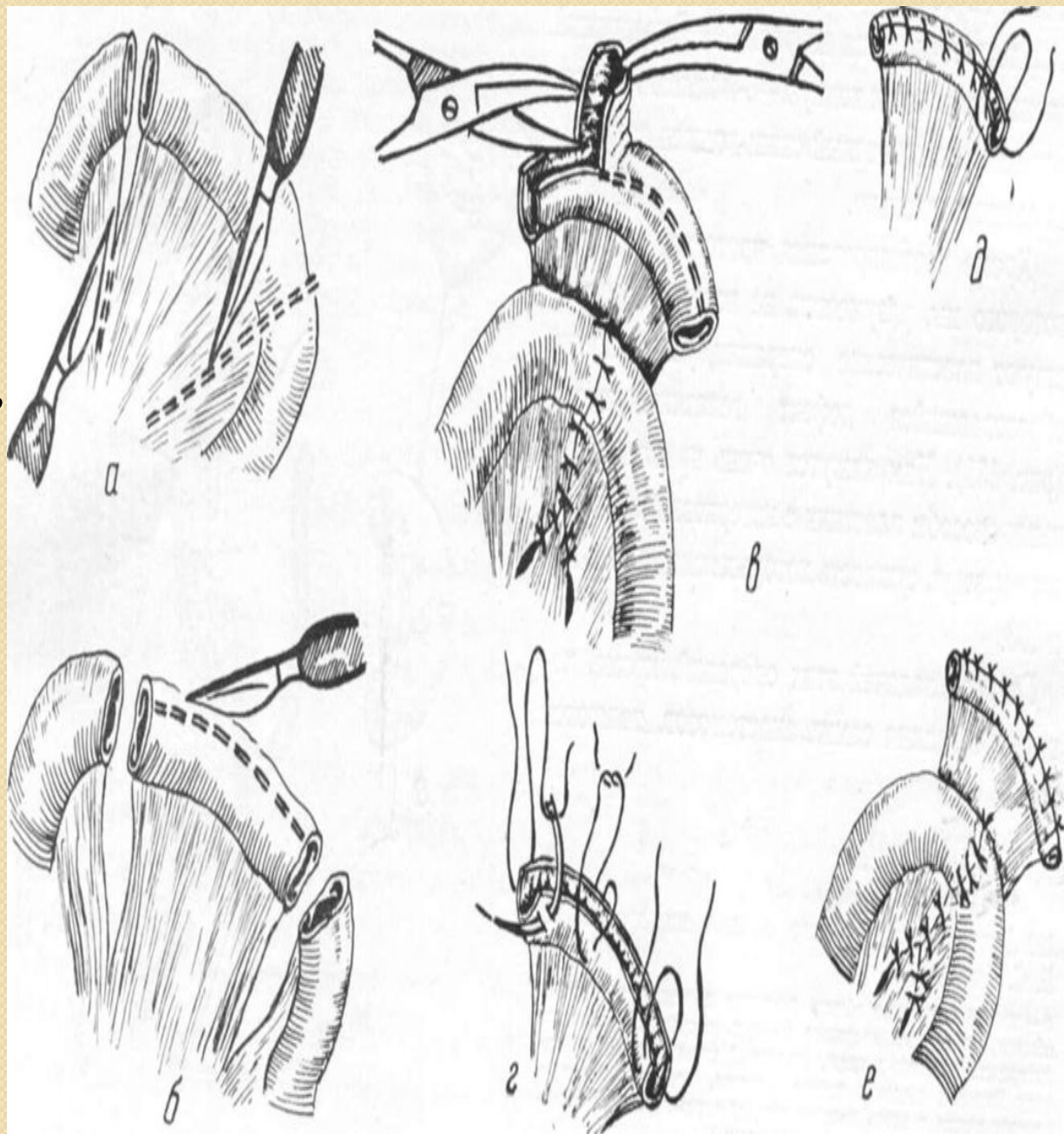


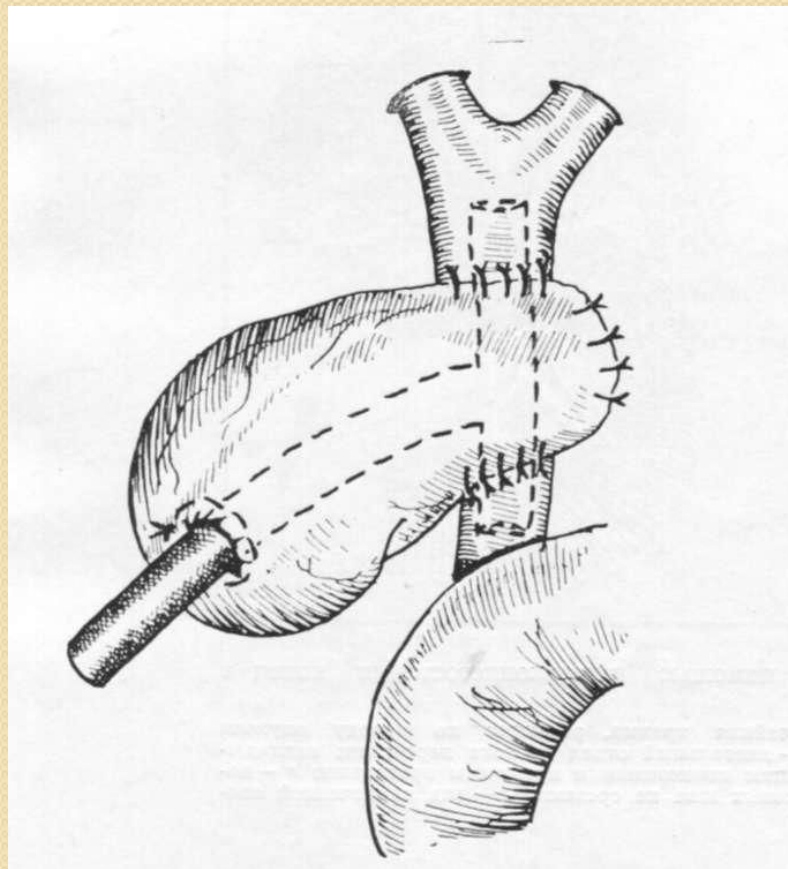
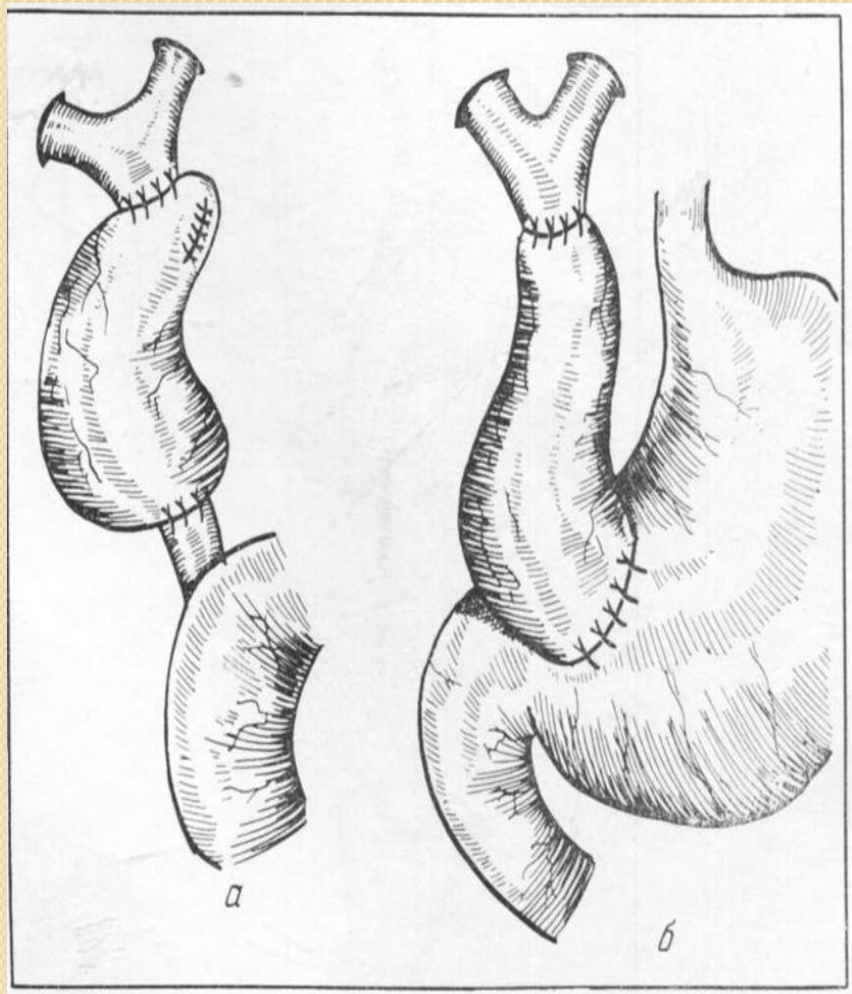
Интересно предложение **Е. В. Смирнова**. Оно предусматривает комбинацию двух видов дренажей — постоянного скрытого и погружного наружного. Первый из них вставляют и надежно фиксируют в отрезок желчного хода, на нем формируют желчно-кишечный анастомоз в модификации Ру — Герцена.

Конец второго дренажа внедряют в канал первого, фиксируют здесь, а далее, как в операции Фелькера, выводят через брюшную стенку наружу, несколько выше межкишечного анастомоза



Кроме протезирования протоков, способов которого мы, разумеется, не исчерпали, существуют пластические операции, устраняющие образовавшийся дефект гепатикохоледоха





способы пластики с интерпозицией желчного пузыря, сущность которых ясна из рис