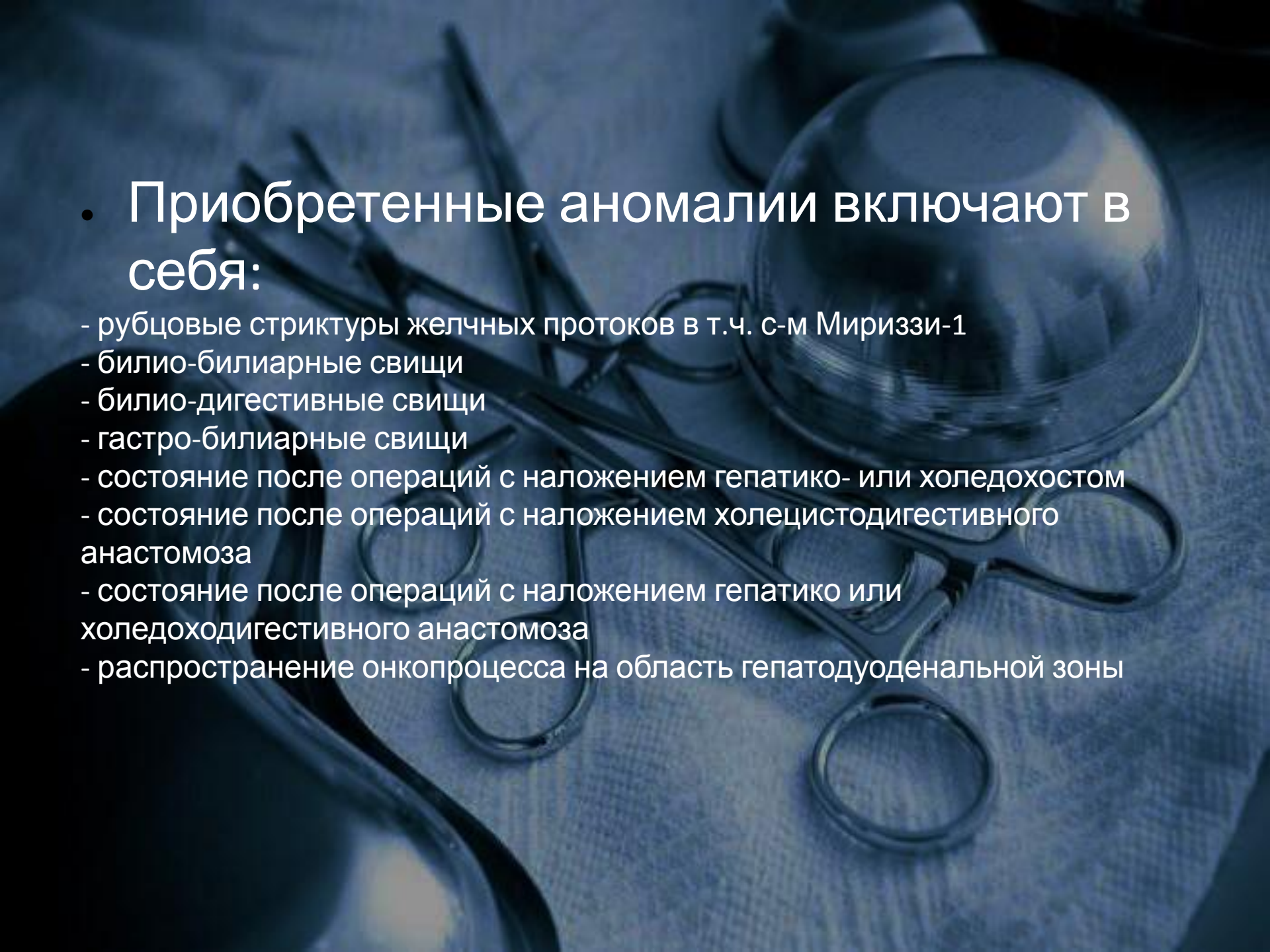
A collection of surgical instruments, including forceps and scissors, is arranged on a blue textured cloth. The instruments are dark and metallic, with some showing signs of use. The background is a solid blue color, creating a clinical and professional atmosphere.


Тактика лечения больных с приобретенными аномалиями гепато- билиарной системы

- Подготовил
ординатор кафедры
госпитальной
хирургии
- Михайлов М. А.



- Приобретенные аномалии включают в себя:

- рубцовые стриктуры желчных протоков в т.ч. с-м Мириззи-1
- билио-билиарные свищи
- билио-дигестивные свищи
- гастро-билиарные свищи
- состояние после операций с наложением гепатико- или холедохостом
- состояние после операций с наложением холецистодигестивного анастомоза
- состояние после операций с наложением гепатико или холедоходигестивного анастомоза
- распространение онкопроцесса на область гепатодуоденальной зоны



- **Болезни и состояния, диктующие необходимость операций**

- механическая желтуха
- рецидивирующий холангит
- рецидивирующие печёночные холангиогенные абсцессы
- желчный перитонит
- кишечная непроходимость вызванная желчным камнем

• Диагностика этих болезней и состояний

УЗИ брюшной полости(вентильный конкремент, аэробилия, объёмное образование)

MPT+MRCP(стриктуры, объёмные образования, вклинённые конкременты)

ВГДС с осмотром БДС(опухоль бдс, свищевое отверстие)

Рентгеноконтрастные методы:ЭРХПГ, ЧЧХГ(блоки желчных путей, аномальные сообщения желчных путей, утечка контраста за пределы желчных путей)


Холангиоскопия(стриктуры, конкременты)



• Синдром Мириizzi

Мириizzi-1 — склерозирование тканей, вблизи желчного протока с возможным его стенозированием.

Мириizzi-2 — свищевой ход между желчным пузырём и желчным протоком

A collection of surgical instruments, including forceps and scissors, is arranged on a blue surgical drape. The instruments are metallic and have a polished appearance. The background is a textured blue fabric.

- Виды операций(показания и противопоказания) при с-ме мириizzi 1 и

2

ХДА

ХЕА

Шов на каркасном дренаже(по Керу, по Фёлькеру)

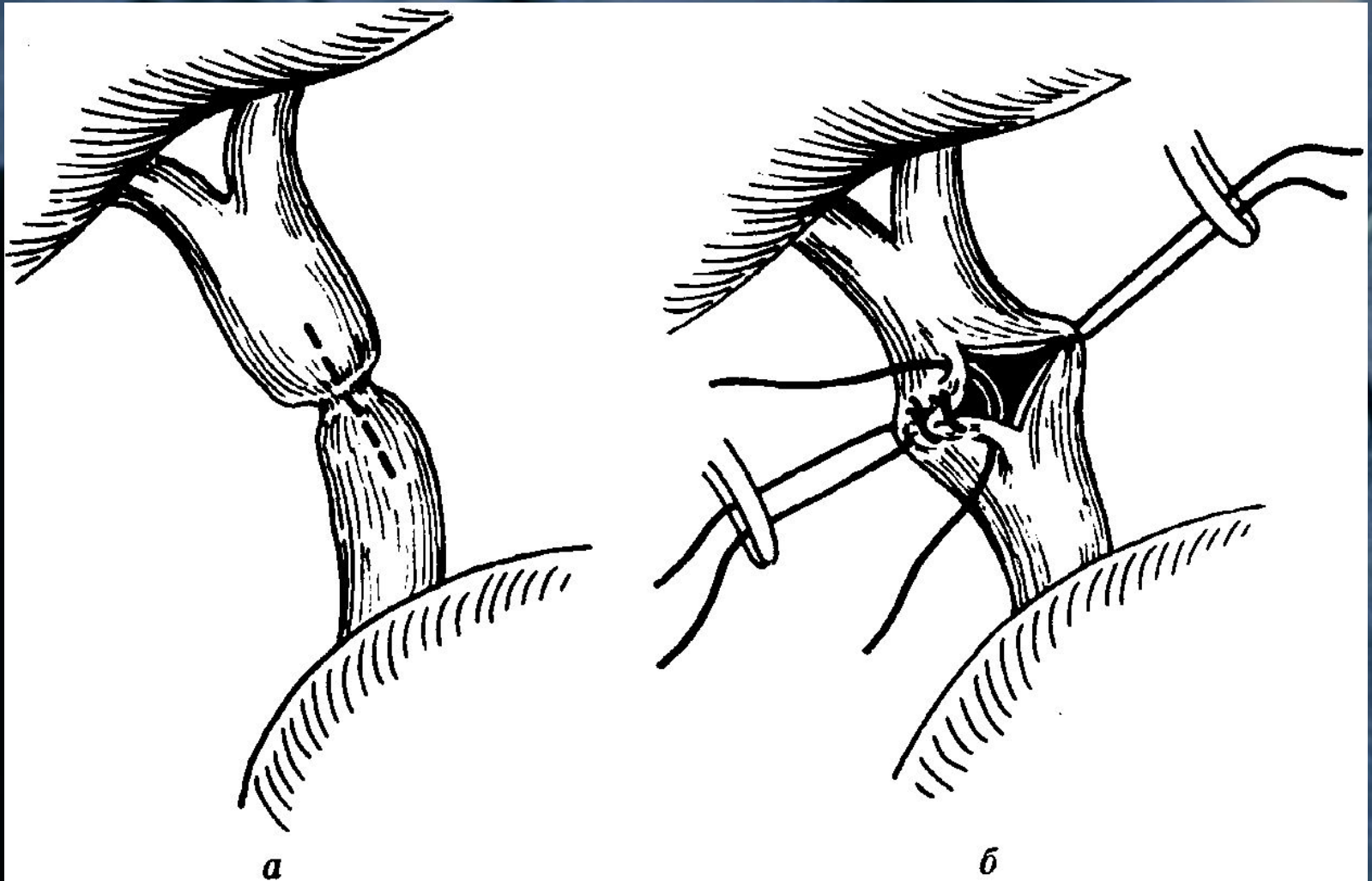
Наружное дренирование без ушивания

Наложение холедохостомы(обструктивное дренирование)

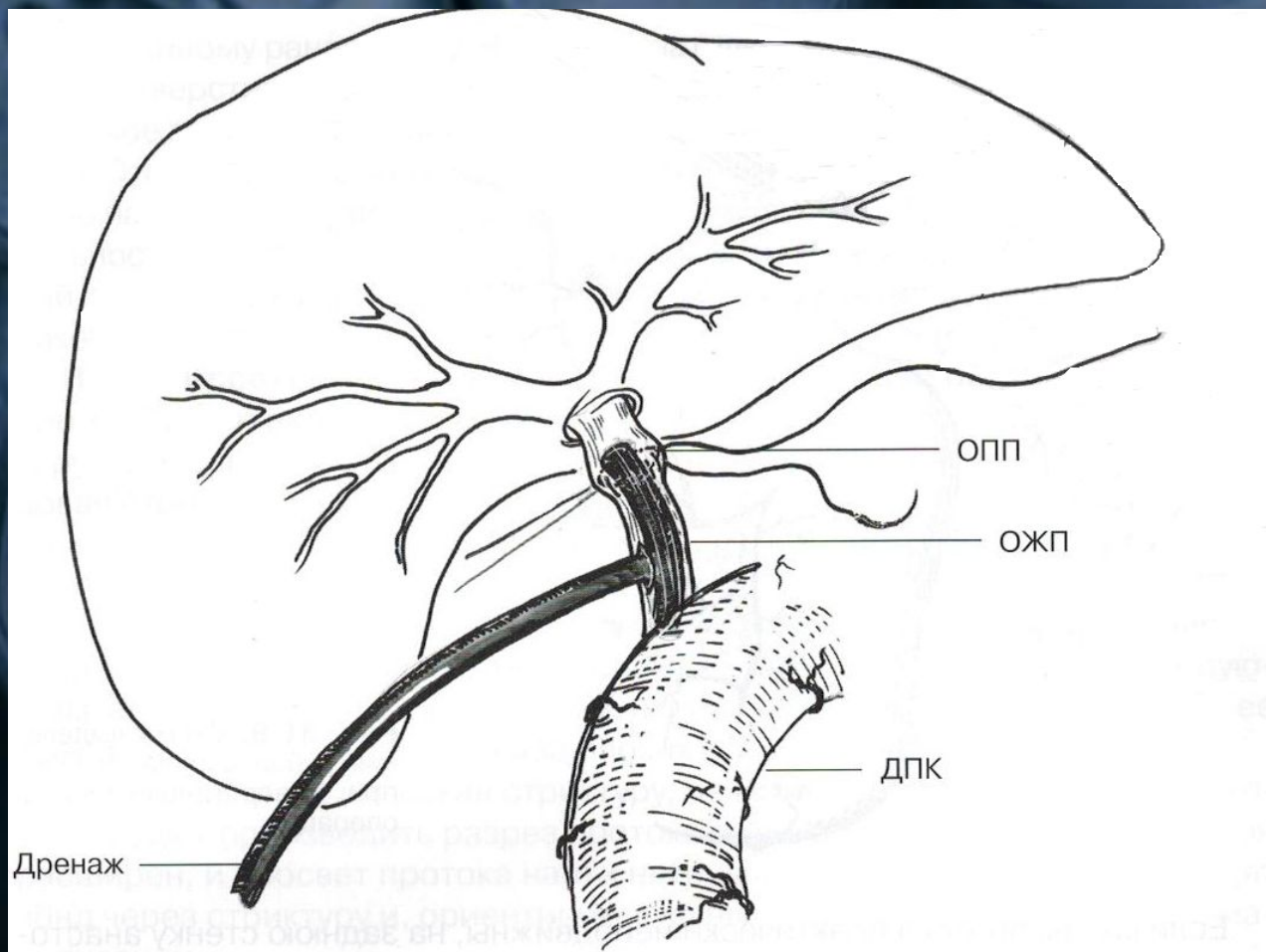
Тактика лечения при стриктурах жп(в т.ч. мириззи-1)

- Подготовительное наружное дренирование с декомпрессией по строгим показаниям
- Пластика без иссечения(рецидив)
- Билиобилиарный анастомоз(при диастазе менее 2.5см, после мобилизации дпк по кохеру с наружным дренированием или без)
Билиодигестивный анастомоз при продолжительных стриктурах или большом диастазе культей протока.
- Паллиативные операции(стентирование, фистулоэнтеростомия)

Стриктуропластика



Шов на каркасном дренаже



Наложение билио- дигестивного анастомоза

- Холедохоеюноанастомоз по Ру(с 90см кишечной петлёй или меньше, но с брауновским соустьем)
Холедоходуоденоанастомоз(при невозможности наложить ХЕА)
 - 1)по Юрашу-Виноградову(хорошее кровоснабжение анастомоза)
 - 2)по Финстереру(хорошая адаптация шва, но значительный рефлюкс)
 - 3)по Флеркену(хорошая проходимость, но плохое кровоснабжение анастомоза)

ХДА

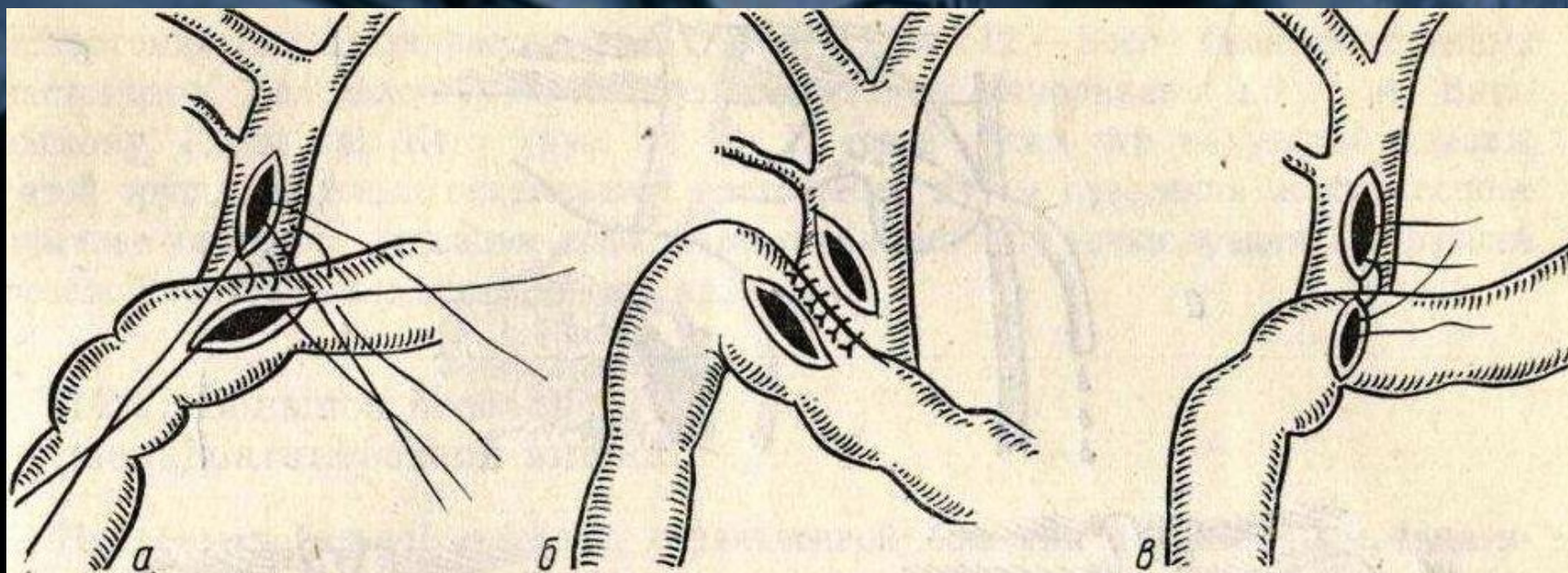
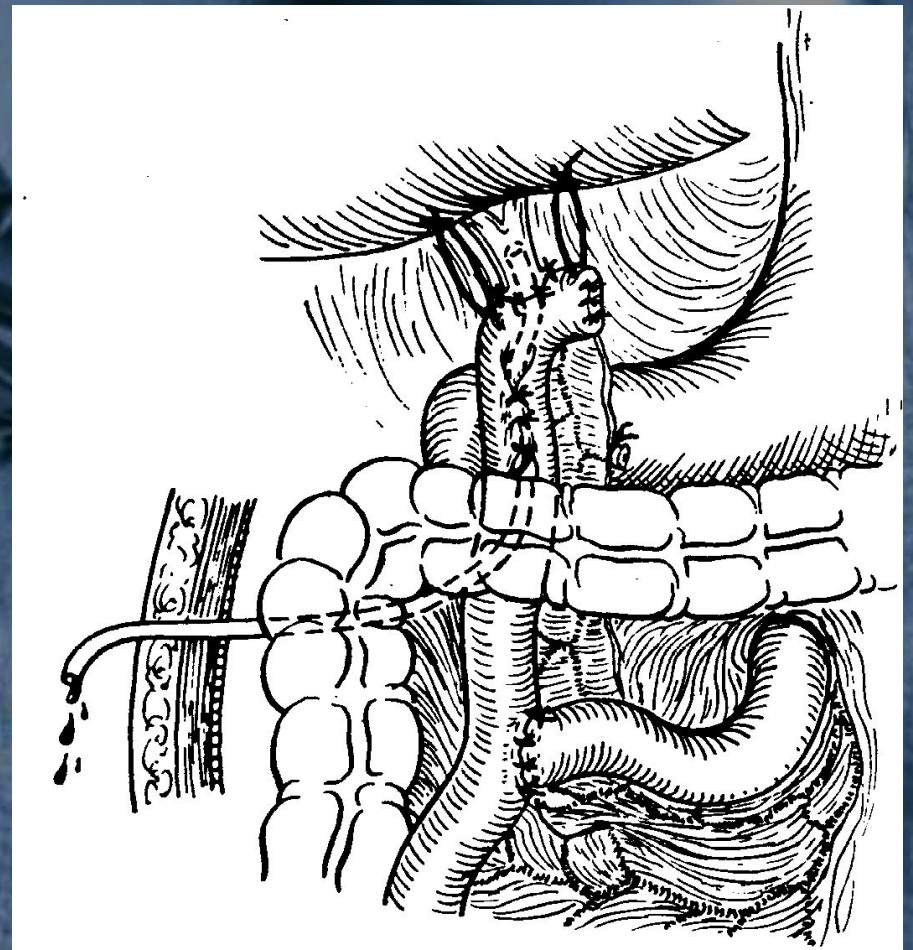
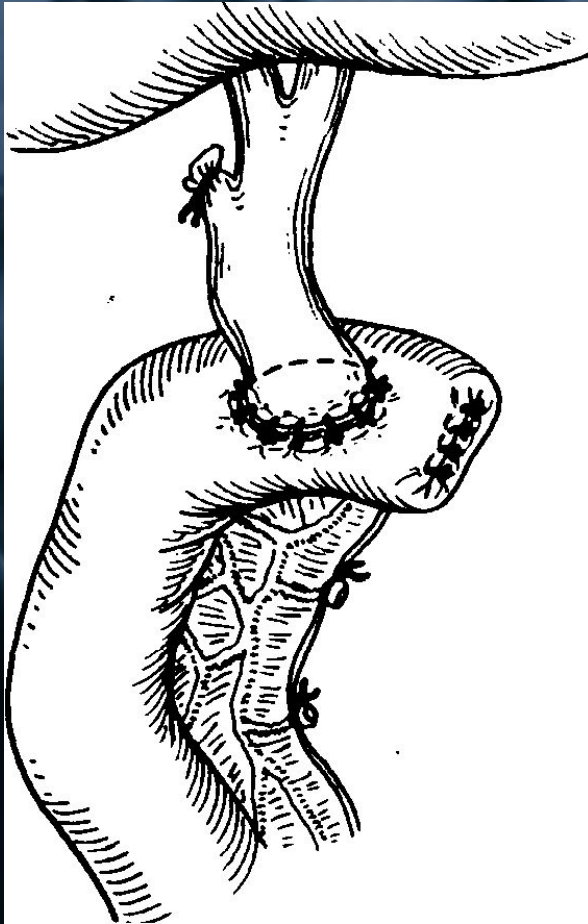
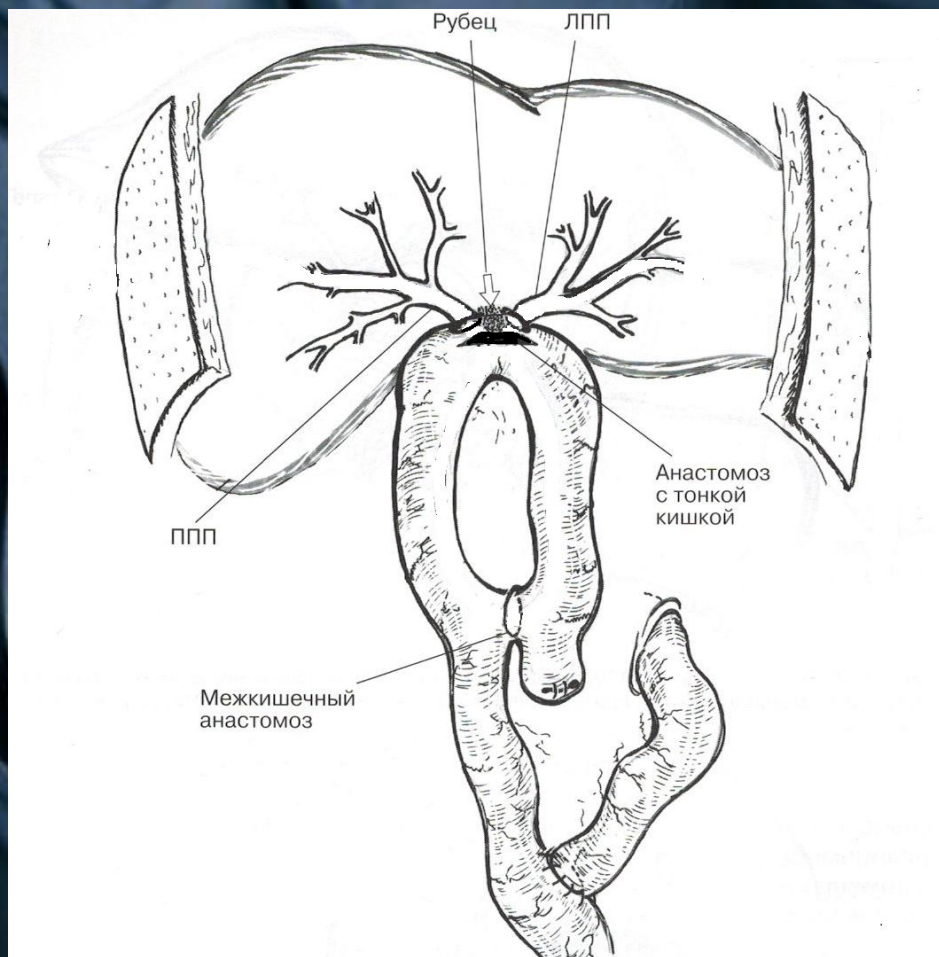


Рис. 50. Варианты холедоходуodenального анастомоза:
а — по Флерккену; *б* — по Финстереру; *в* — по Юрашу — Виноградову

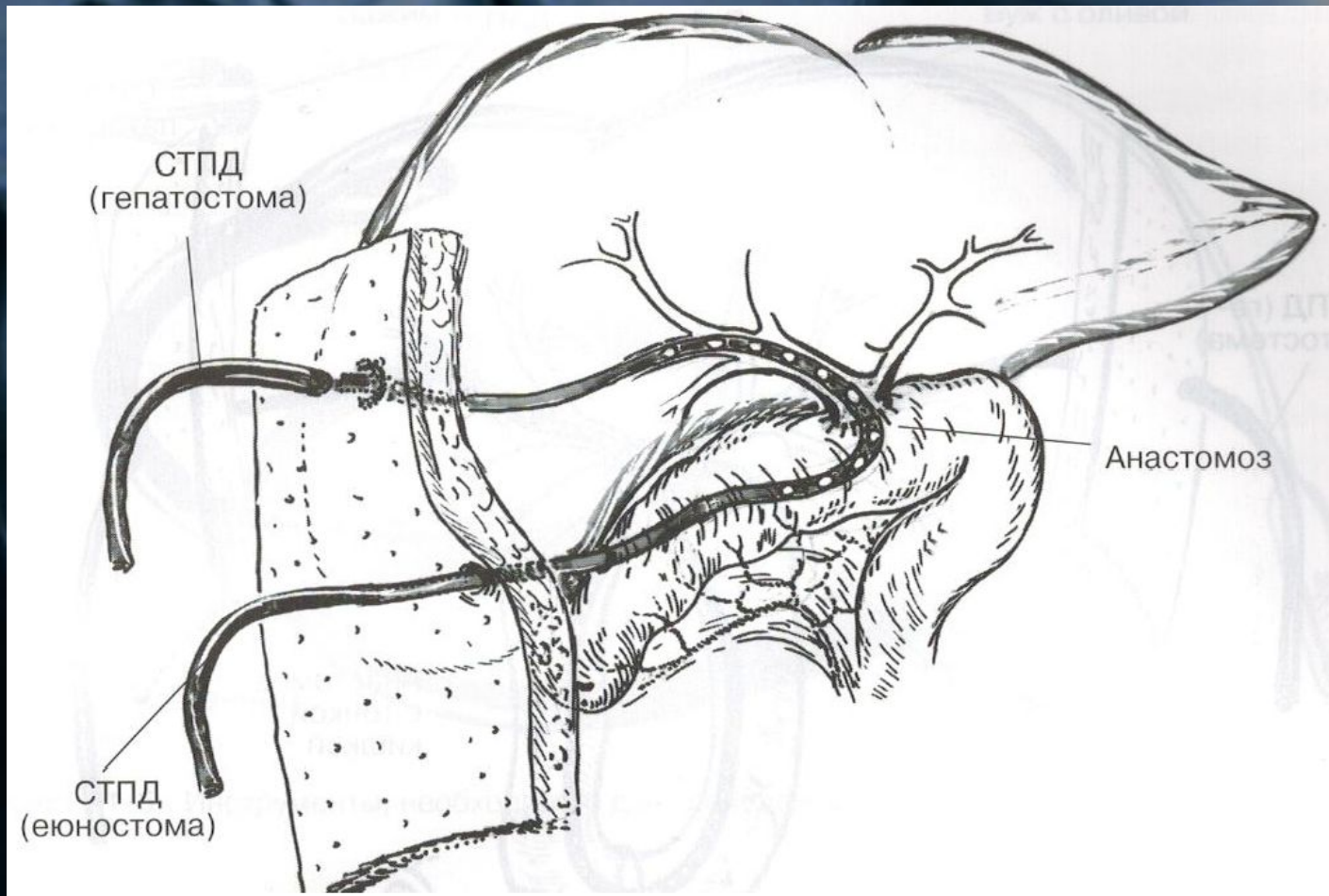
ХЕА с наружным дренированием



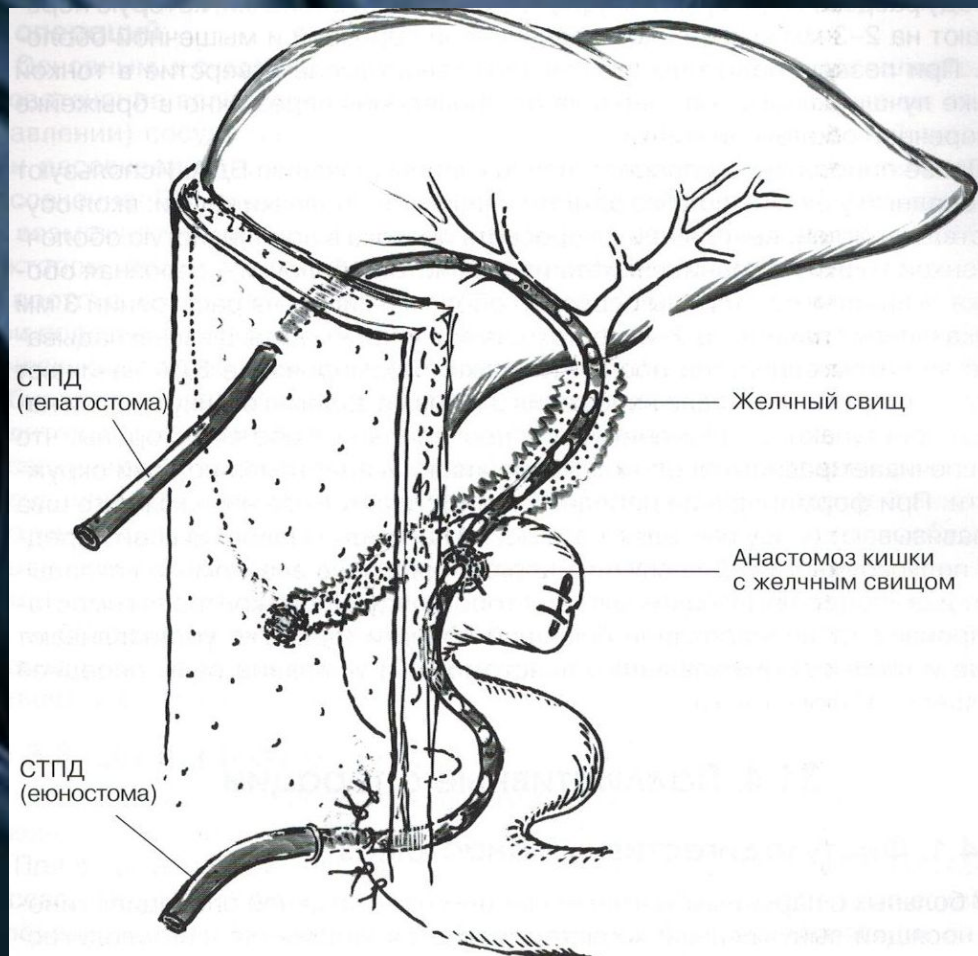
ХЕА с Брауновским соустьем



Сквозное транспечёночное дренирование



Паллиативные операции



Тактика лечения при свищах гепатобилиарной системы

- Зависит от архитектоники патологических сообщений между желчными протоками и полыми органами брюшной полости

Варианты свищей

- Холецисто-холедохеальный
- Холедохо-дигестивный
- Холедохо-гастральный(яб)
- Наружный желчный свищ

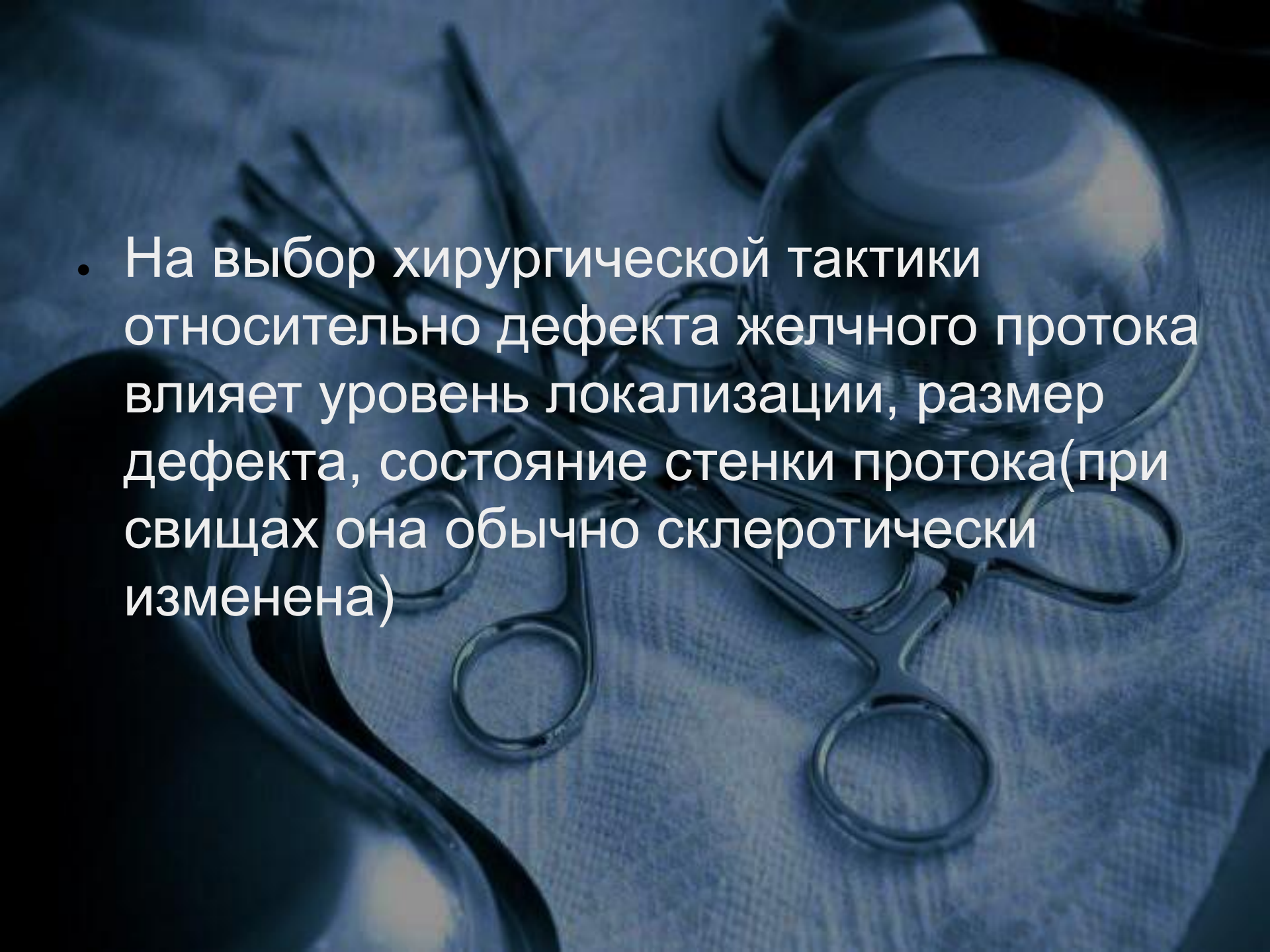


Холецисто-холедохоальный свищ обычно выявляется при холецистэктомии, когда при выделении желчного пузыря обнаруживается дефект стенки гепатико-холедоха.

При свищах других желчных протоков с другими органами приходится устранять дефект стенки ободочной, тощей, 12-перстной кишки или желудка.

Дефекты стенок кишечника обычно ушиваются (на 12-перстной кишке это технически сложно)

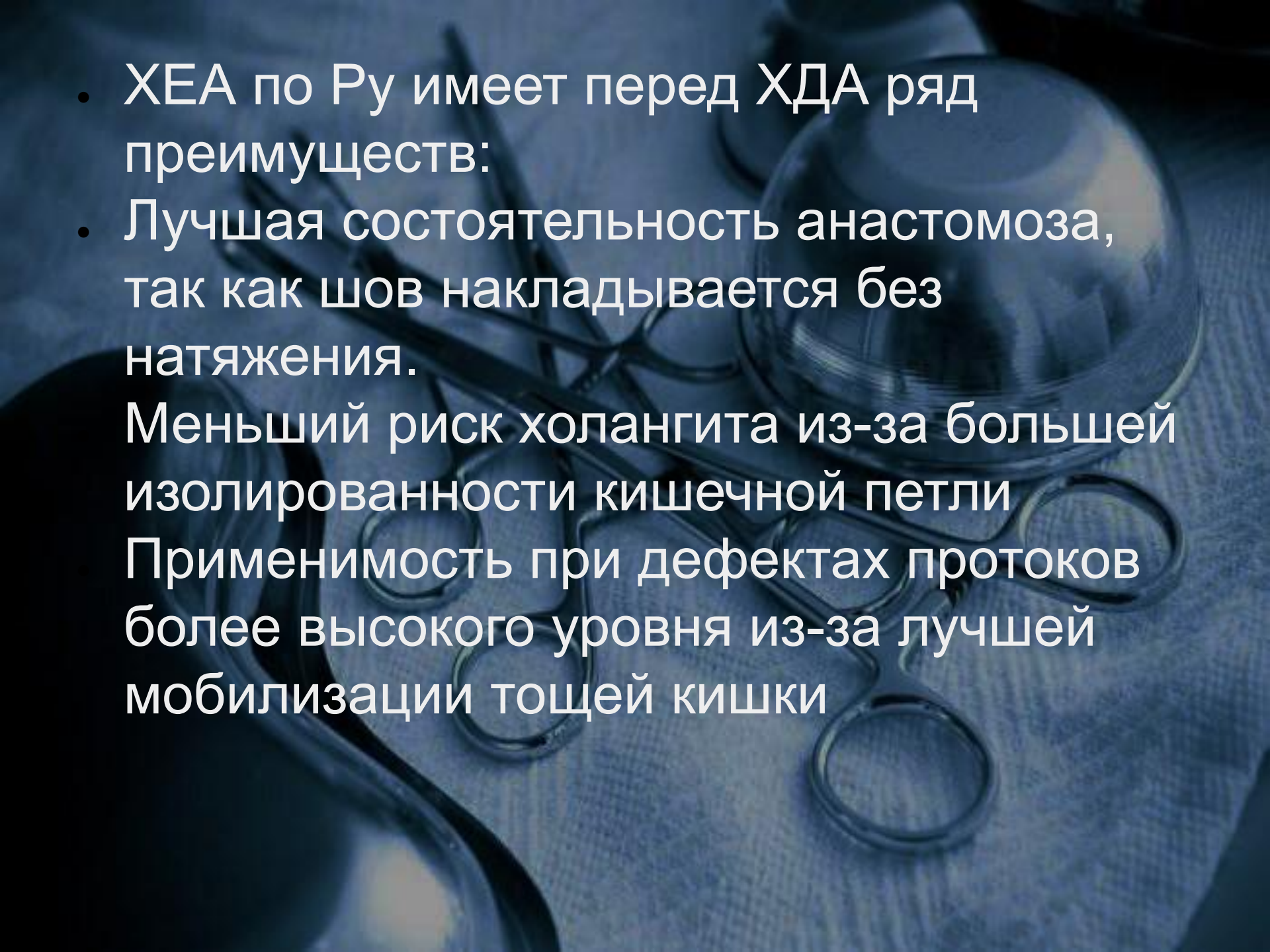
При вовлечении желудка возможна резекция органа

- 
- На выбор хирургической тактики относительно дефекта желчного протока влияет уровень локализации, размер дефекта, состояние стенки протока (при свищах она обычно склеротически изменена)

- При точечных дефектах возможно предпринять попытку глухого шва стенки протока (для профилактики стеноза лучше делать это на каркасном дренаже)
 - При дефектах до 10мм и не более полуокружности протока при не удалённом желчном пузыре возможна пластика дефекта участком стенки желчного пузыря
- При более обширных дефектах выполняется наружное дренирование желчного протока через дефект его стенки или дренирование обеих культей протока
- Реконструктивные операции рекомендуется выполнять через 2-3 месяца спустя, при меньшем риске осложнений (стриктура протока, сужение анастомоза, желтуха, холангит)

Отсроченные реконструктивные операции

- Наложение билио-билиарного анастомоза(при диастазе между культями протока не более 2.5см на каркасном дренаже)
Наложение билиодигестивного анастомоза(ХДА, ХЕА)

- 
- A background image showing various surgical instruments, including forceps and scissors, laid out on a blue surgical drape. The instruments are arranged in a somewhat circular pattern, with some overlapping. The lighting is soft, highlighting the metallic surfaces of the tools.
- ХЕА по Ру имеет перед ХДА ряд преимуществ:
 - Лучшая состоятельность анастомоза, так как шов накладывается без натяжения.

Меньший риск холангита из-за большей изолированности кишечной петли

Применимость при дефектах протоков более высокого уровня из-за лучшей мобилизации тощей кишки


ХДА

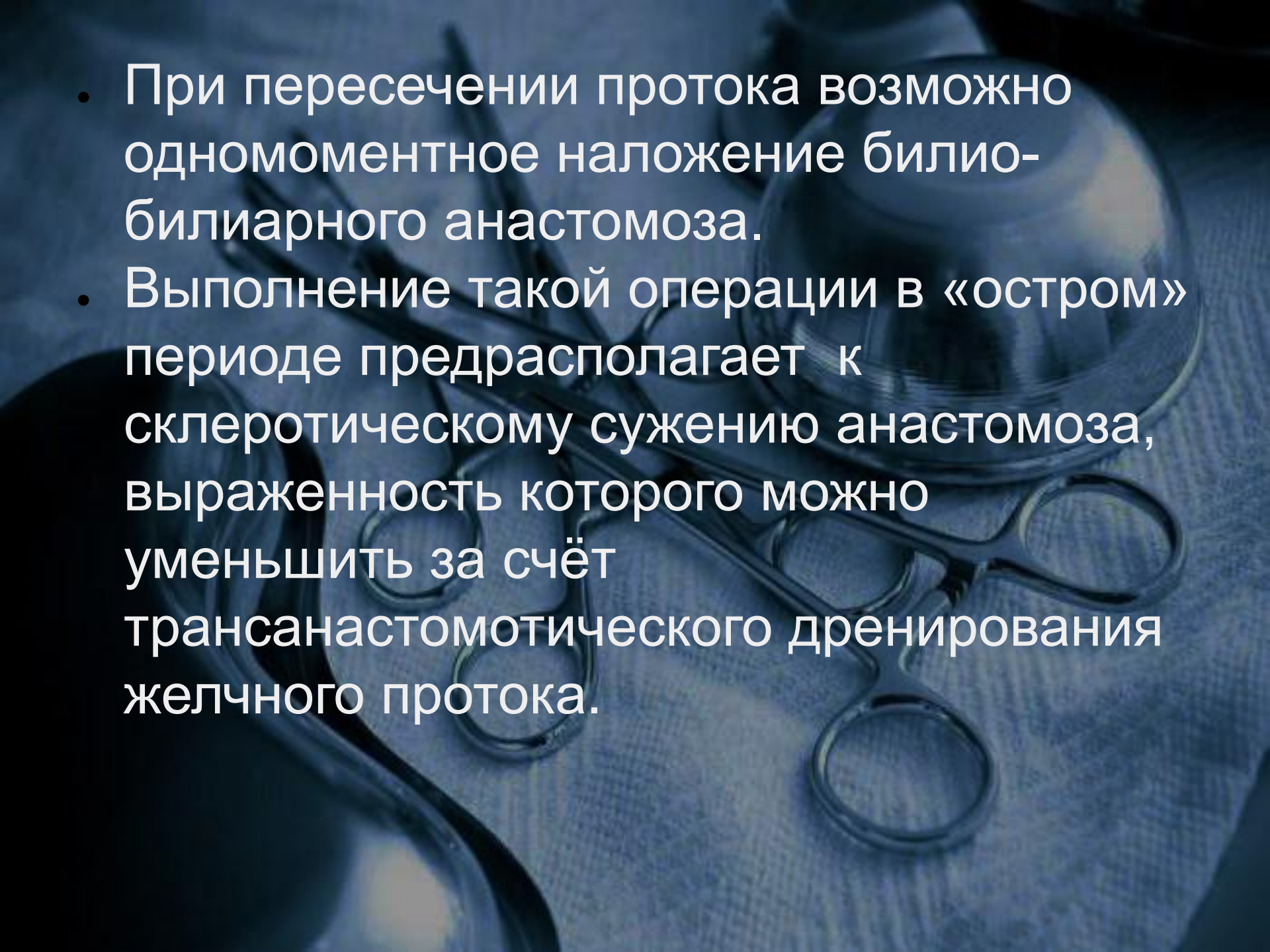
- Является по объёму меньшей операцией, чем ХЕА поэтому применяется у старых и ослабленных больных. Или в ситуациях, когда невозможно выполнить ХЕА (спаечный процесс, отсутствие необходимой длины тощей кишки)

Тактика при интраоперационном ранении холедоха

- Данная ситуация несколько повторяет картину со свищами желчных путей. Однако здесь предполагается дефект не изменённой стенки гепатико-холедоха.

- С одной стороны склеротически не изменённая стенка расширяет показания к выполнению реконструктивно-восстановительных операций одномоментно, с другой — может служить противопоказанием к их выполнению ввиду малой толщины стенки протока и как следствие прорезывания швов на ней. В остальном хирургическая тактика схожа с описанной при свищах желчных путей.

- 
- Хирургическая тактика определяется размером травмы:
 - При малых травмах (точечный или линейный дефект, а также пересечение протока до половины окружности) возможно ушивание дефекта на проксимальнойbranche двухпросветного дренажа.
 - Большие травмы включают в себя: дефект более половины окружности, пересечение, иссечение стенки, иссечение участка протока.

- 
- При пересечении протока возможно одномоментное наложение билио-билиарного анастомоза.
 - Выполнение такой операции в «остром» периоде предрасполагает к склеротическому сужению анастомоза, выраженность которого можно уменьшить за счёт трансанастомотического дренирования желчного протока.

- При прочих «больших» травмах рекомендуется постановка холедохостомы и выполнение отсроченной реконструктивной операции в объёме наложения билиодигестивного соустья.



Дренирование желчных протоков

- Наружное
- Наружно-внутреннее
- Внутреннее (потерянный дренаж, стент)



Показания

- грубость ткани стриктуры;
- холангит, сопровождаемый гнойным воспалением;
- панкреатит в острой форме;
- отсутствие удовлетворительных итогов операции на билиарном тракте;
- холедоховые повреждения;
- вколоченные камневые образования;
- опухолевое образование.

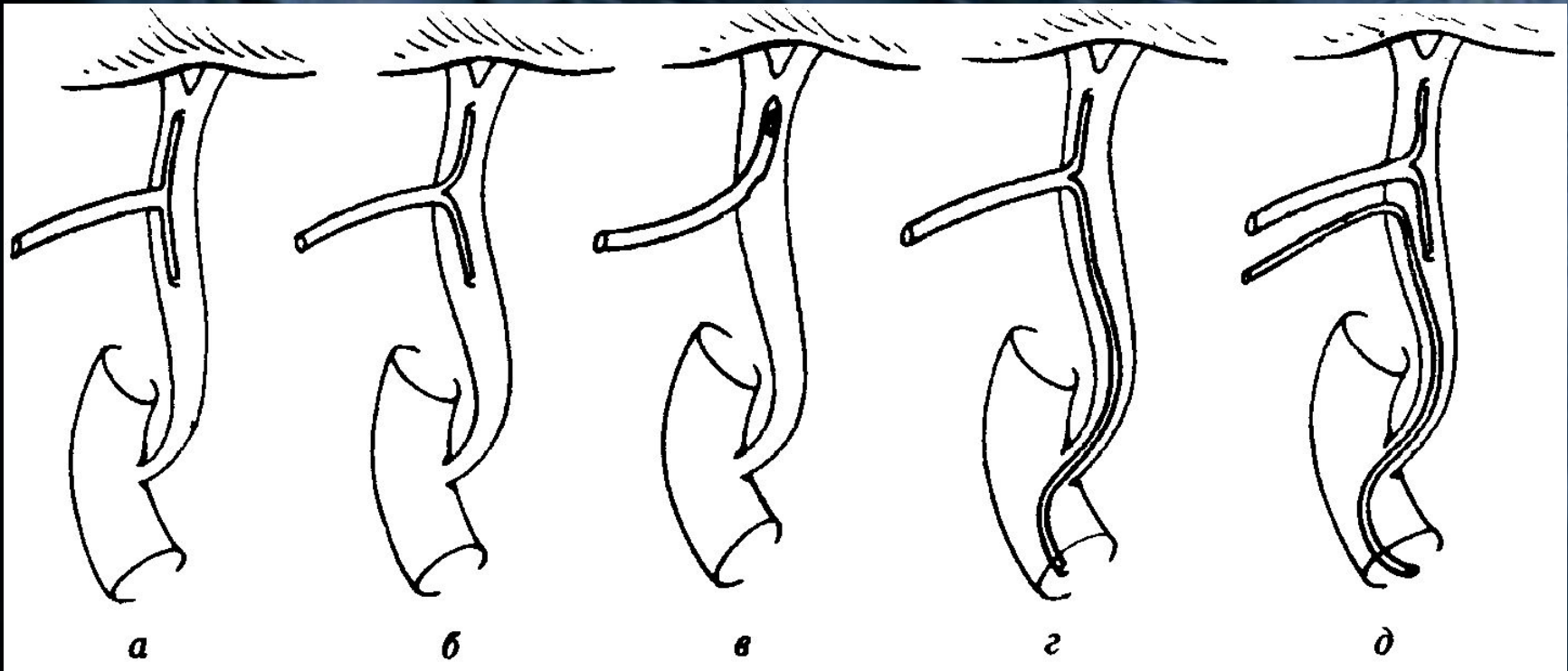
Требования

- изменения на фоне проточной гипертензии;
- интраоперационная холангиография;
- наблюдение за восстановительным процессом течения желчи в двенадцатиперстную кишку.

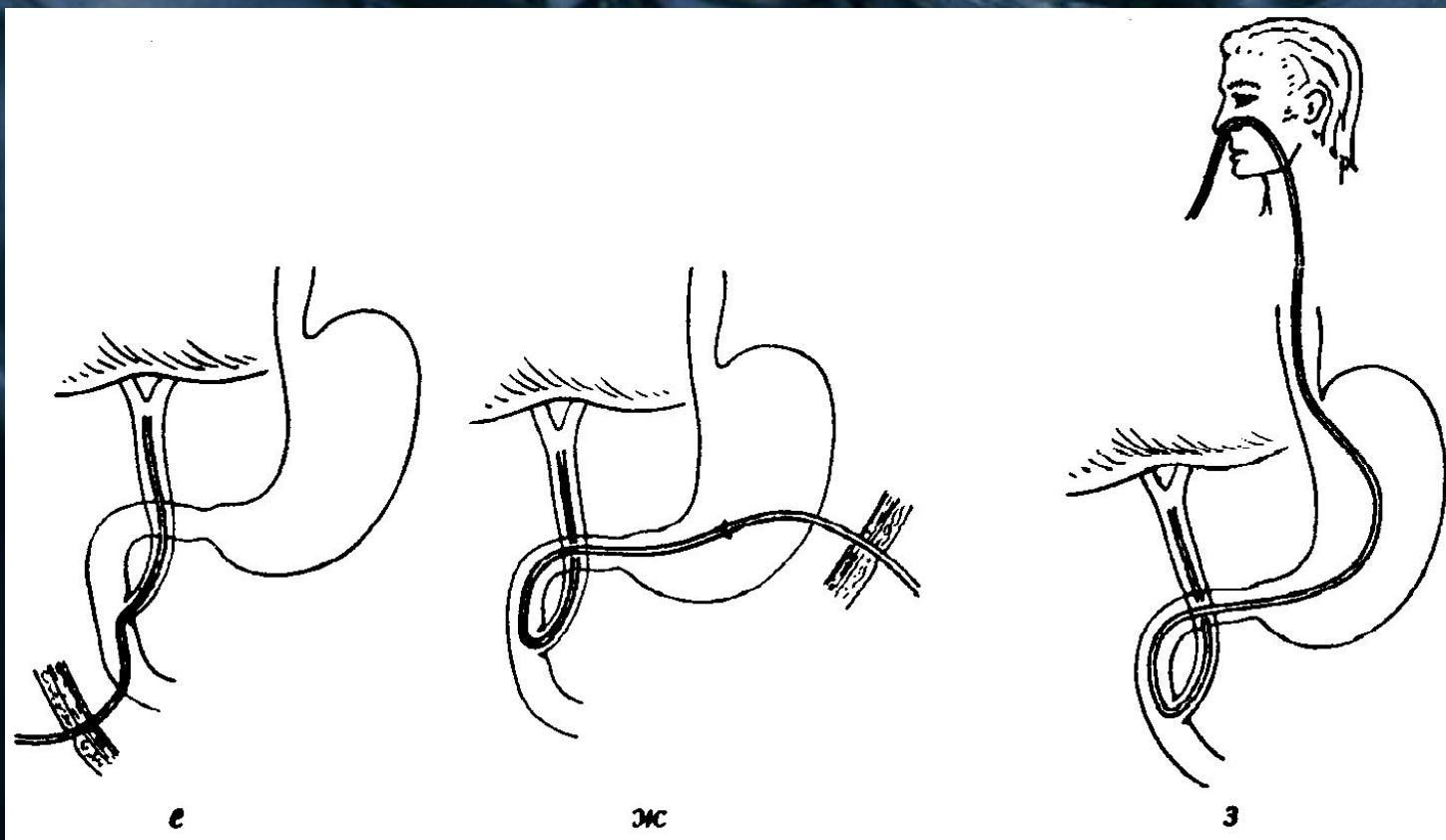
Противопоказания (относительные)

- смешанная желтуха;
- беременность на поздних сроках;
- повышенный вес;
- тяжёлая сопутствующая патология.

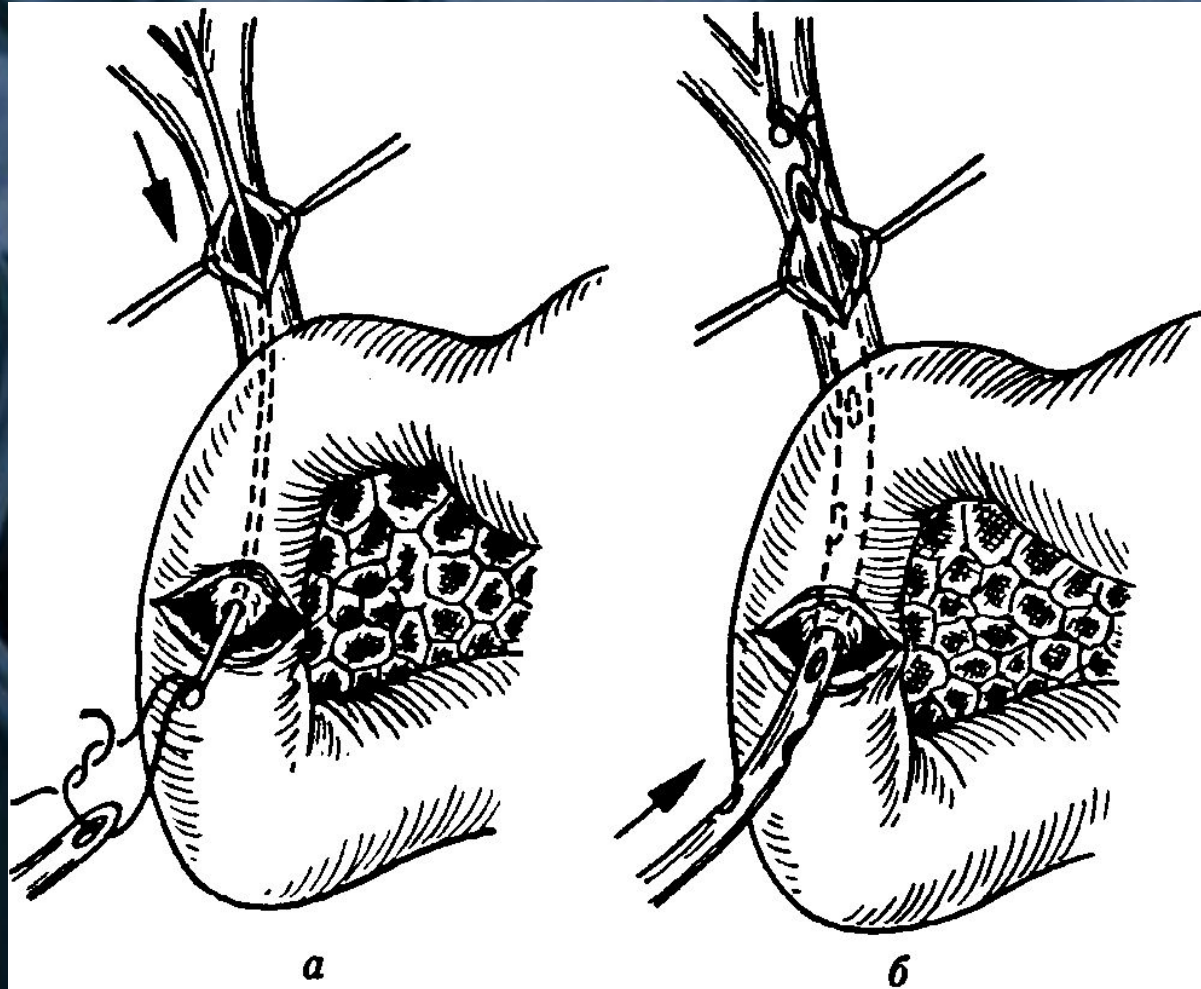
а) Кер в) Виноградов г) Сальтелли
д) Молловитц



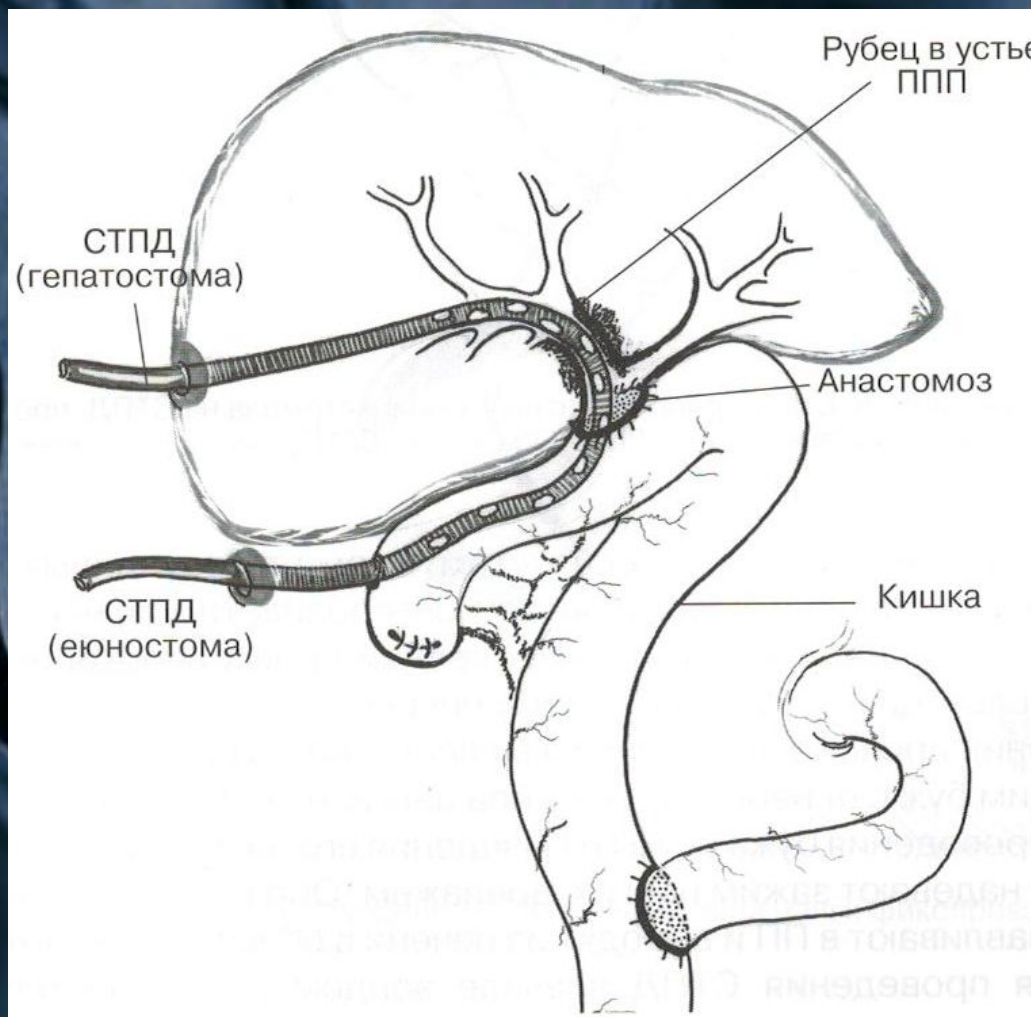
е и ж)Voelcker з)Bailey

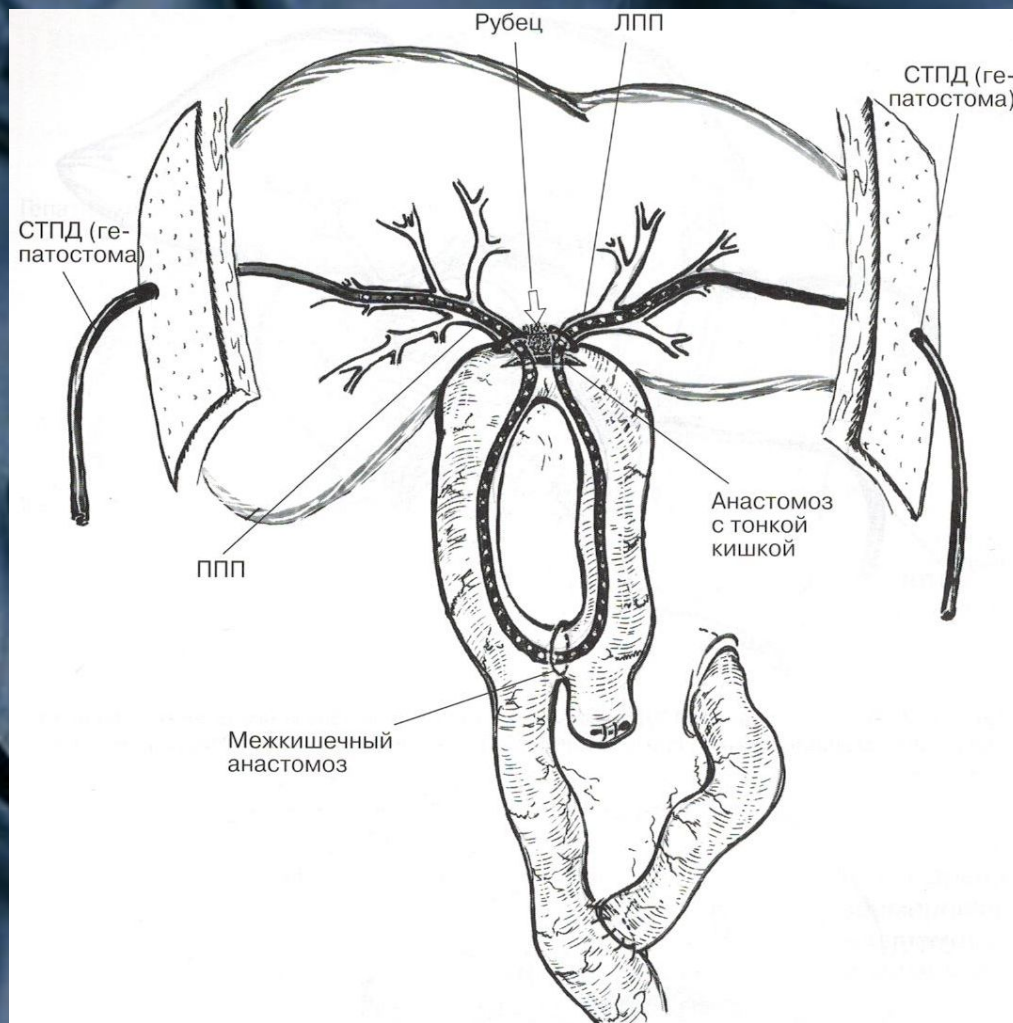


Трансдуоденальное и транспапиллярное дренирование по Voelcker



• Сквозной транспечёночный дренаж





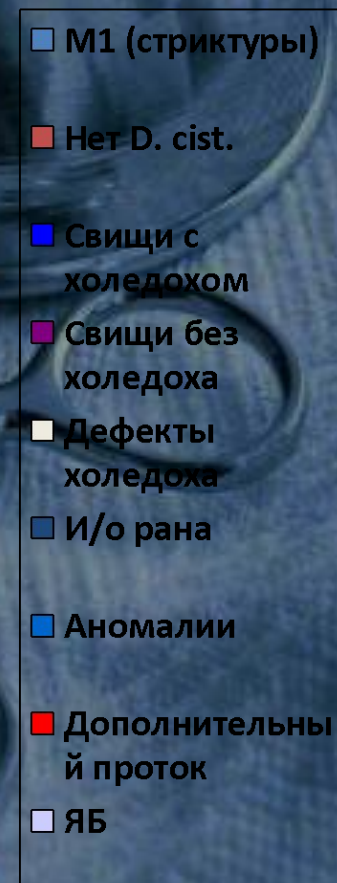
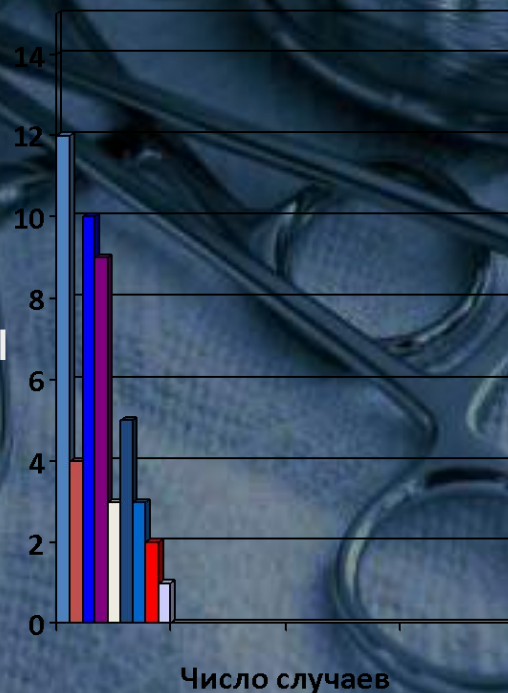
За 10 лет в ОГБУЗ КБСПМ

выявлено 49 случаев

ОЗВУЧЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ

- Мириззи-1+стриктуры – 13
- Нет d.cisticus – 6
- Свищи с холедоухом (без холедоуха) – 10(9)
- Дефекты холедоуха – 3(1 п/о)
- и/о ранение – 5
- Аномалии+дополнительный проток – 3+2
- Язва желудка - 1

Структура патологии

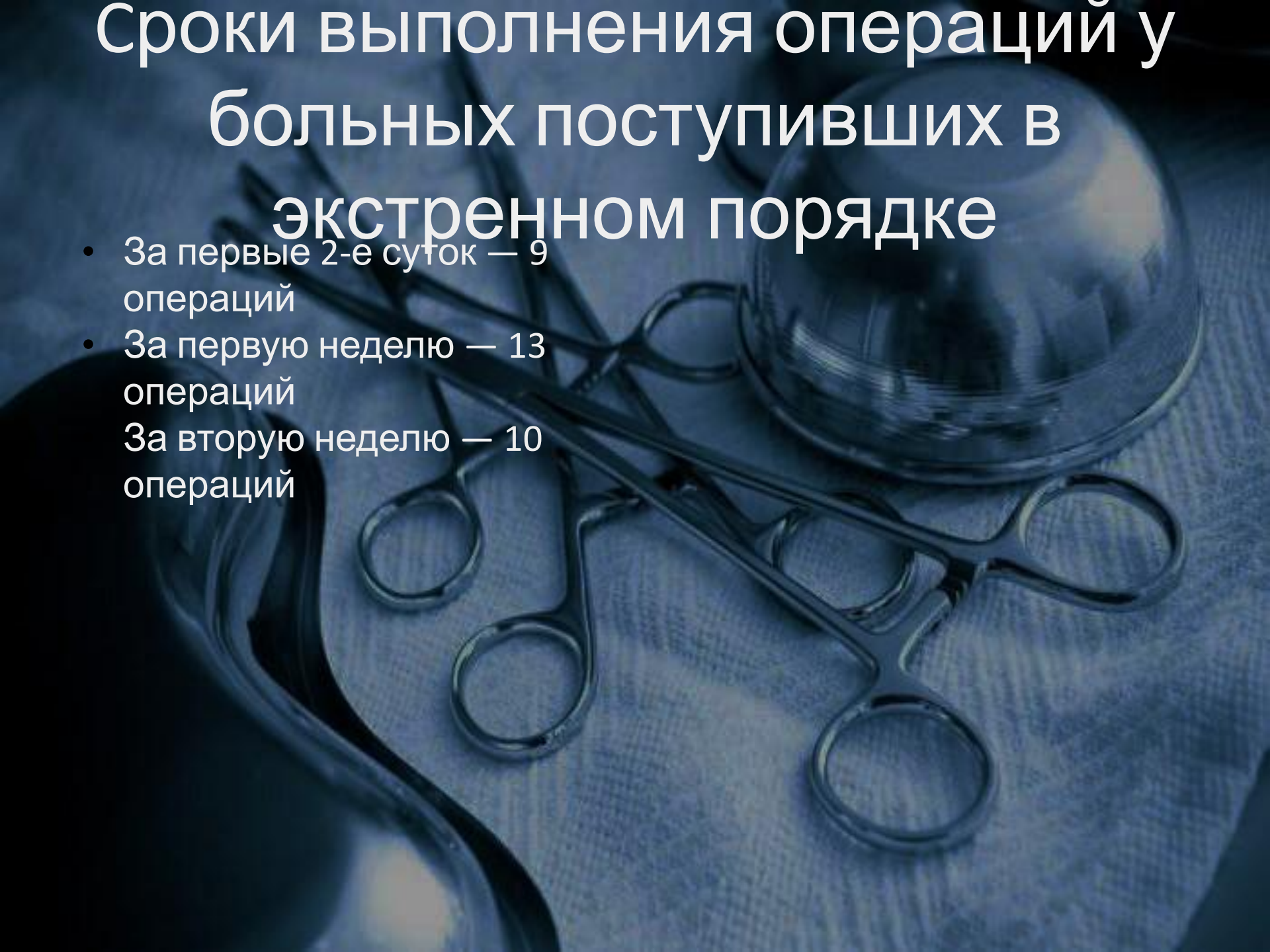


порядок

- Патологии выявленные во время экстренных\плановых оперативных вмешательствах - 3\1

Сроки выполнения операций у больных поступивших в экстренном порядке

- За первые 2-е суток — 9 операций
- За первую неделю — 13 операций
- За вторую неделю — 10 операций



диагностика

- Холецисто-дуоденальный свищ с помощью МРТ(своими глазами) и ВГДС (щелевидное устье(0.8 х0.4)+желчеистечение)
Холецисто-дуоденальный свищ+частичная кишечная непроходимость с помощью УЗИ(аэробилия)
Вкл конк, свищ(конкремент виден на МРТ)

Послеоперационная интенсивная терапия

- Менее суток – 12 человек
- 4 суток – 19 человек
- 7 суток – 4 человек
- 9 – 1ч (пост мерц, ПОН, ССН)
- 13 – 1ч (тэла)
- 15 – 1ч (распр жел перитонит)
- 16 – 1ч (сдн)

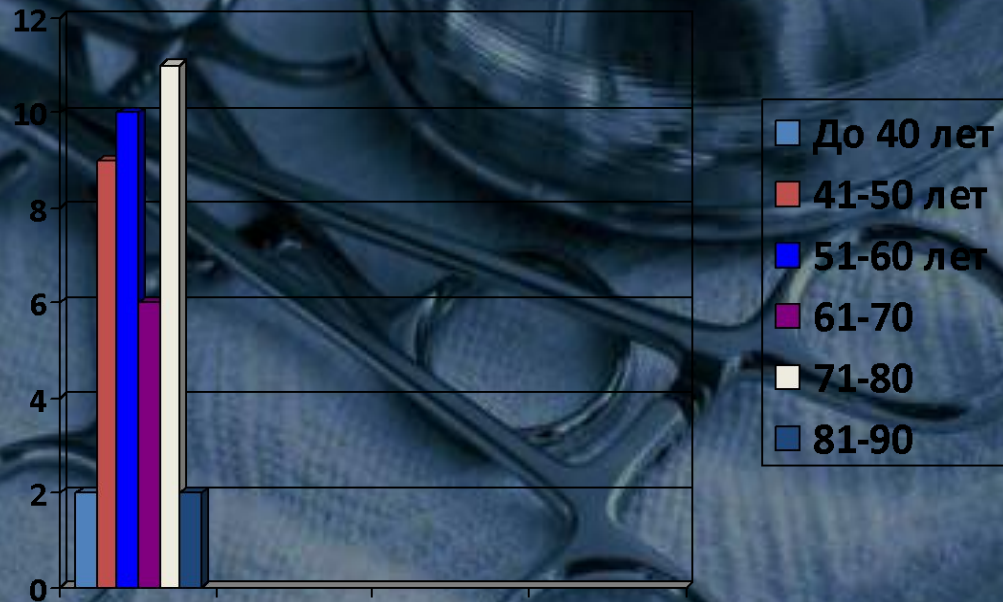
Сроки стац лечения

- До 10 дн - 4+1человек
- До 20 дн – 10+3
- До 30 дн – 18
- Более месяца – 3(желчный перитонит, тэла, рак, пневмония нозокомиальная)
- +1 – человек умер(4 умерших)

возраст

- До 40 лет –
- 2(20 и 24летних) пациента
- 40-50лет – 9чел
- 50-60лет – 10чел
- 60-70лет – 6чел
- 70-80лет – 11чел
- 80-90лет – 2чел

Структура патологии по возрастам



Методика-дефект гепатико-холедоха

- ХЕА – 3(>0.5 просвета, d-20-30мм) случая
- Ушит на дренаже – 9(до 15мм)+1(пересечение) +1(продольный разрез видимого холедоха)
Дренирование без ушивания – 1(4мм)
Ушит – 2(10 и 15мм)

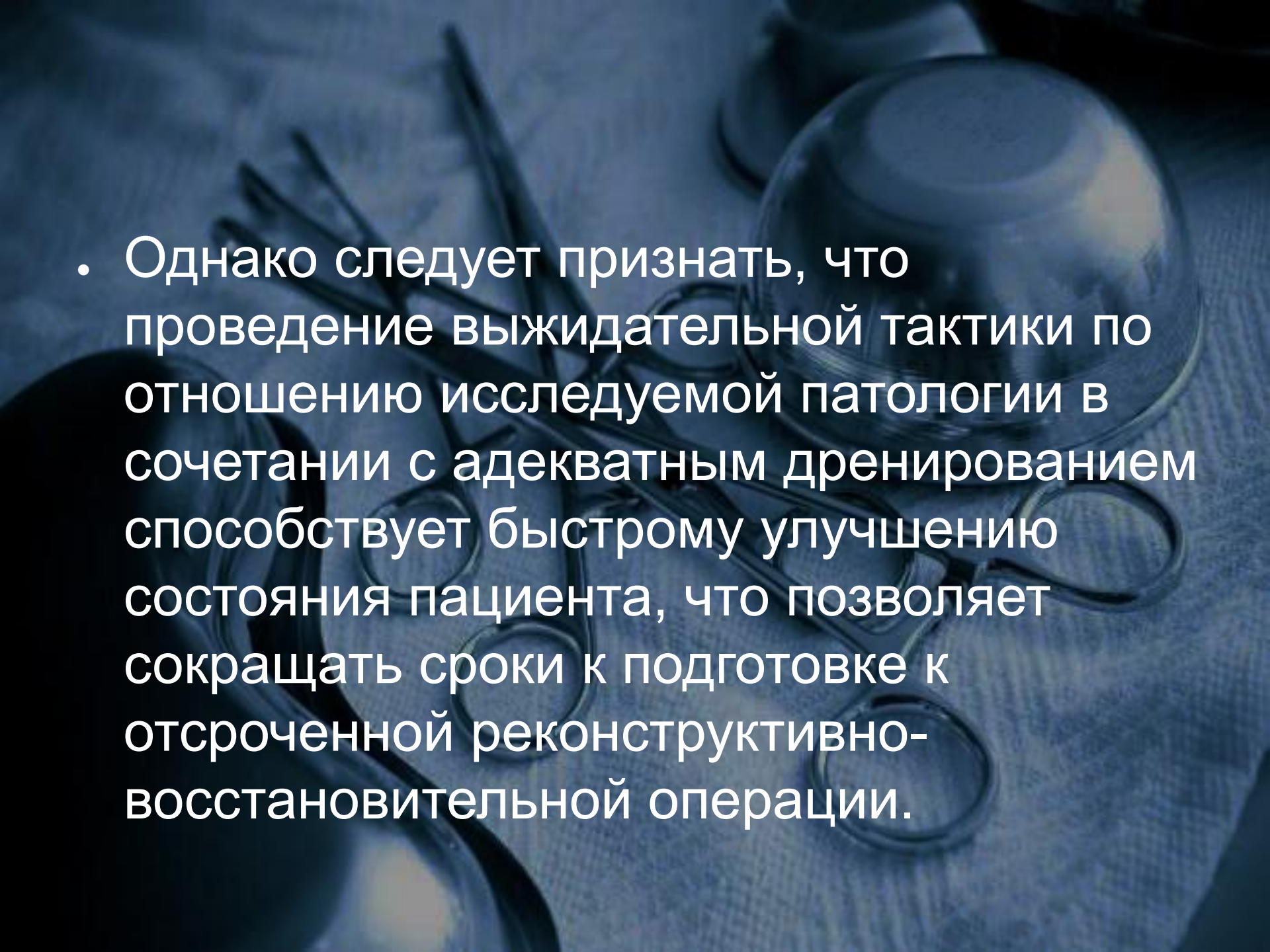
Заключение

По данным статистики следует отметить, что в ОГБУЗ КБСМП выполнялись рекомендации по этапности лечения у больных с приобретенными аномалиями желчных путей. А именно: воздержание от реконструктивных операций в ранние сроки и отдавания предпочтения наружному и наружно-внутреннему дренированию желчных путей.

Первичные восстановительные операции выполнялись лишь при незначительном дефекте холедоха или у молодых пациентов с незначительными изменениями стенки протоков.

Эффективность лечения

- Оценка эффективности лечения в ОГБУЗ КБСМП не отражает всю полноту складывающейся ситуации, так как для получения объективных результатов требуется наблюдение за пациентом в течение хотя бы 2 лет после операции, в то время как повторная госпитализация больных в КБСМП по интересующему заболеванию достигает менее 50%.

- 
- Однако следует признать, что проведение выжидательной тактики по отношению исследуемой патологии в сочетании с адекватным дренированием способствует быстрому улучшению состояния пациента, что позволяет сокращать сроки к подготовке к отсроченной реконструктивно-восстановительной операции.