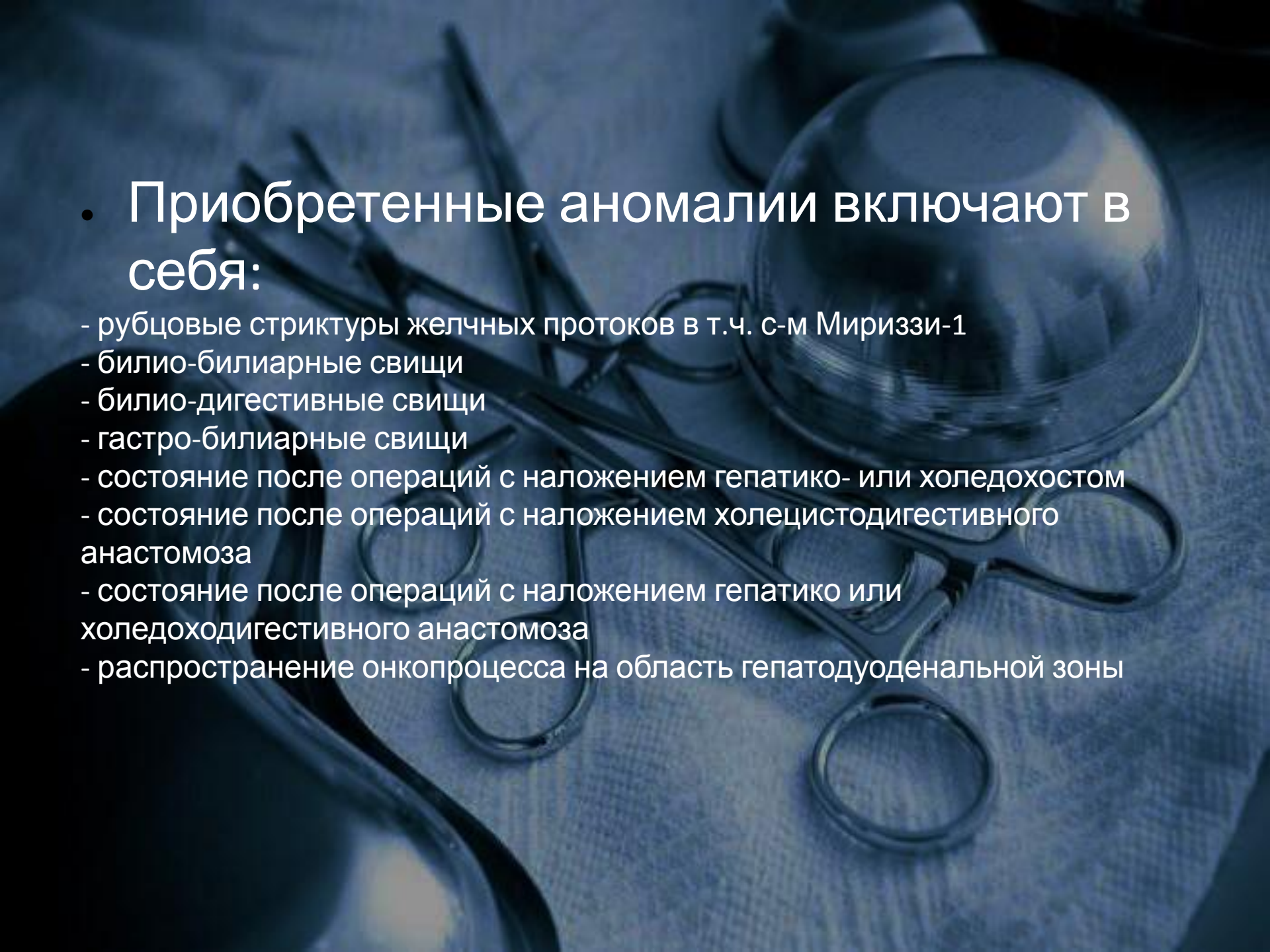
A collection of surgical instruments, including forceps and scissors, is arranged on a blue textured surface. The instruments are dark and metallic, with some showing signs of use. The background is a solid blue color with a subtle texture.

# 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 textured cloth. The instruments are metallic and have a polished appearance. The background is a solid blue color, matching the cloth.

- 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

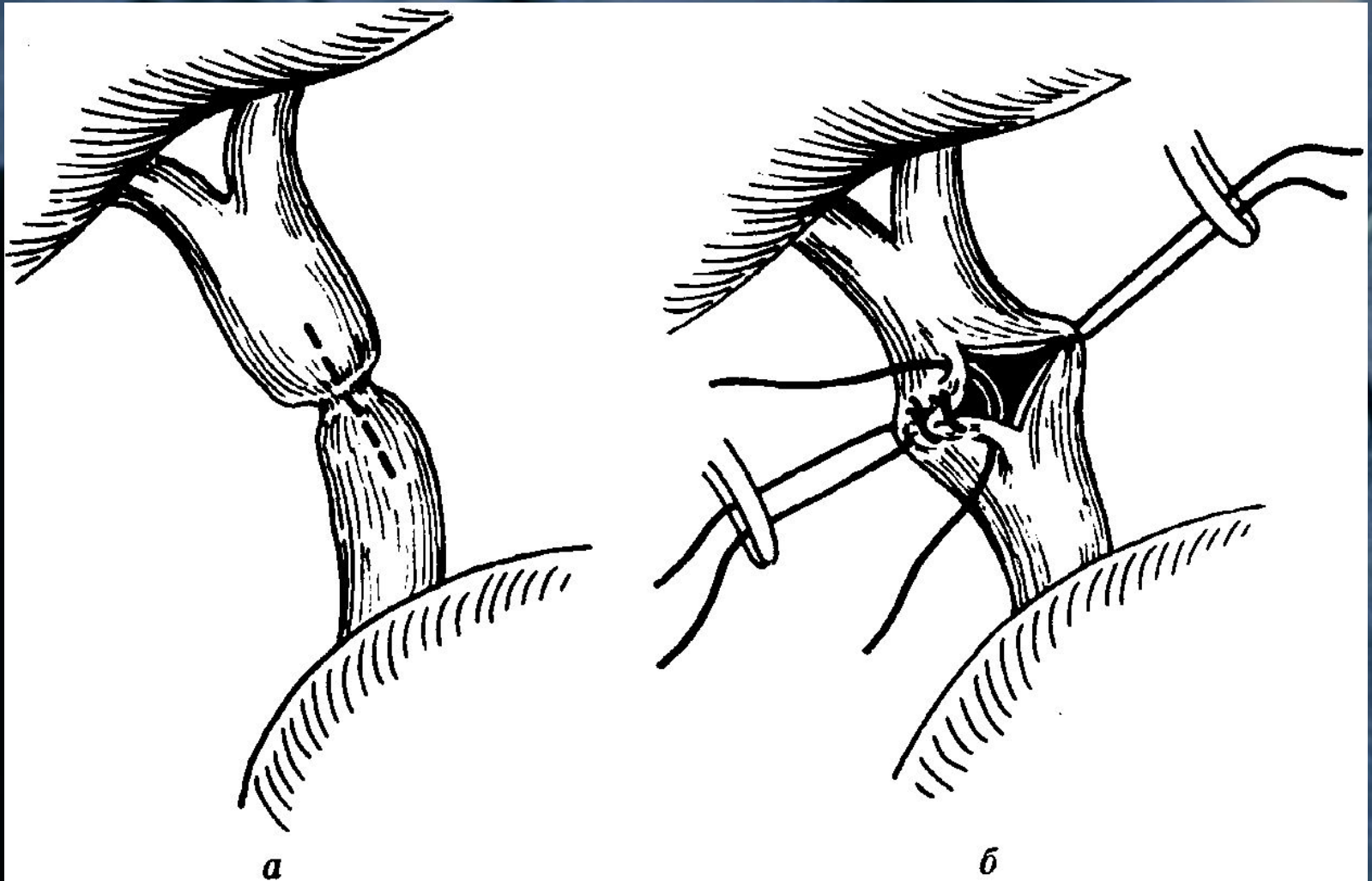
Наложение холедохостомы(обструктивное дренирование)



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

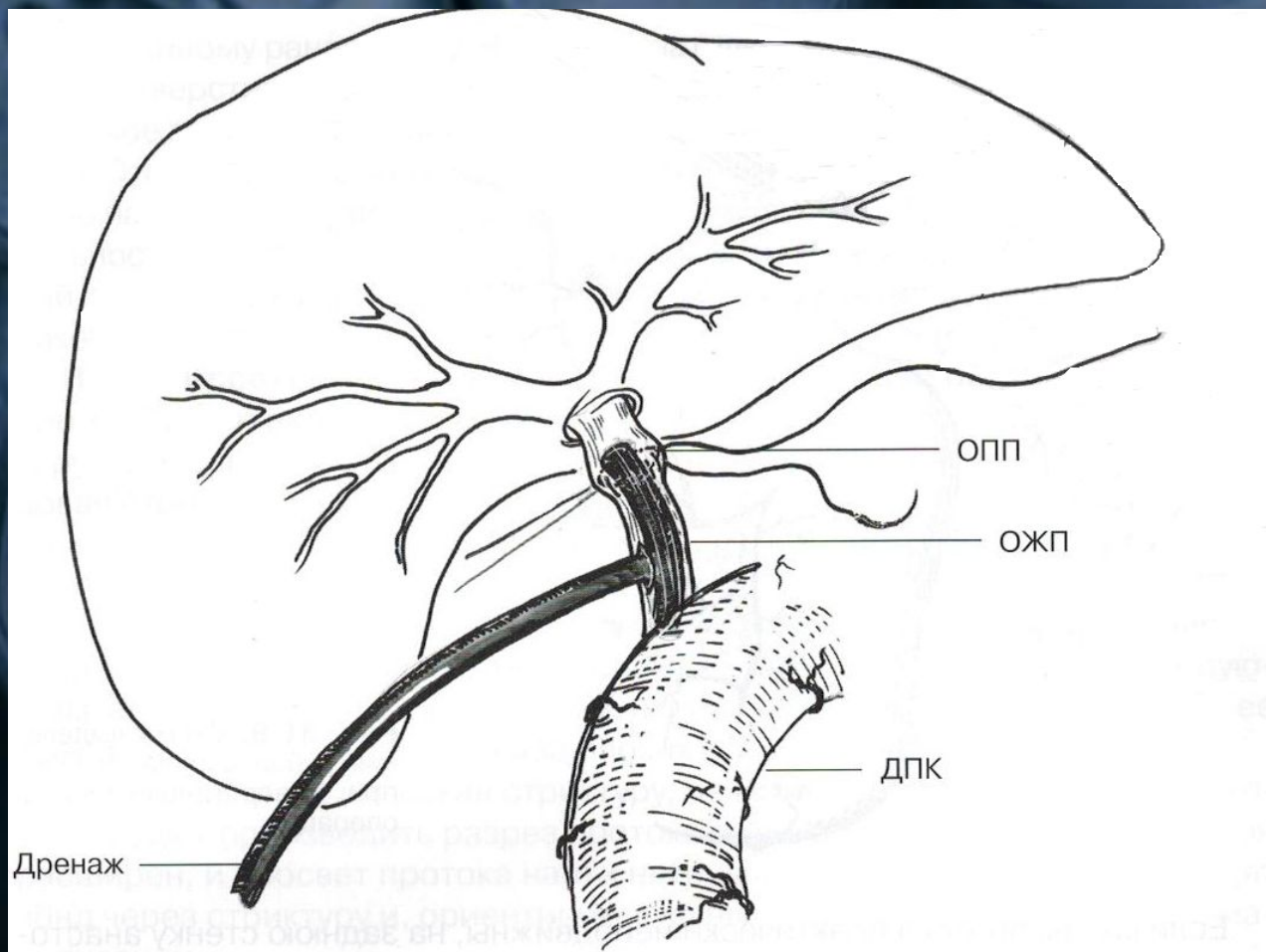
- Подготовительное наружное дренирование с декомпрессией по строгим показаниям
- Пластика без иссечения(рецидив)
- Билиобилиарный анастомоз(при диастазе менее 2.5см, после мобилизации дпк по кохеру с наружным дренированием или без)  
Билиодигестивный анастомоз при продолжительных стриктурах или большом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

# Стриктуропластика





# Шов на каркасном дренаже



# Наложение билио- дигестивного анастомоза

- Холедохоюноанастомоз 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

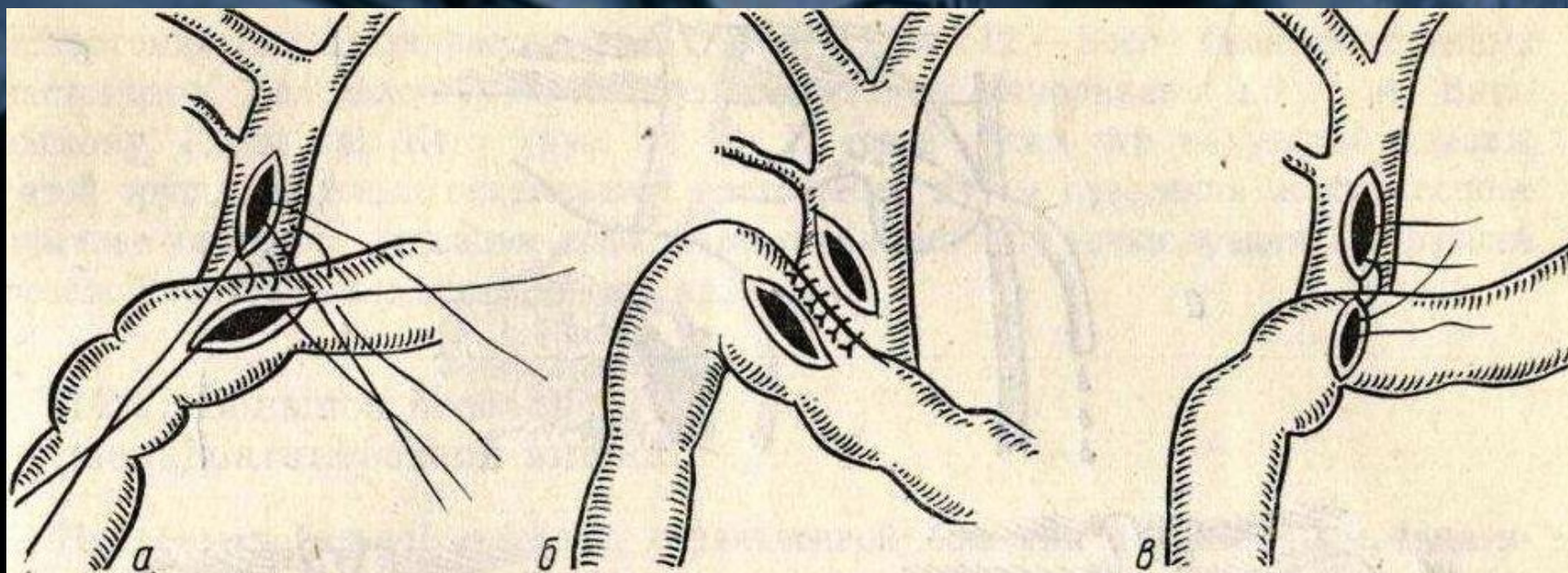
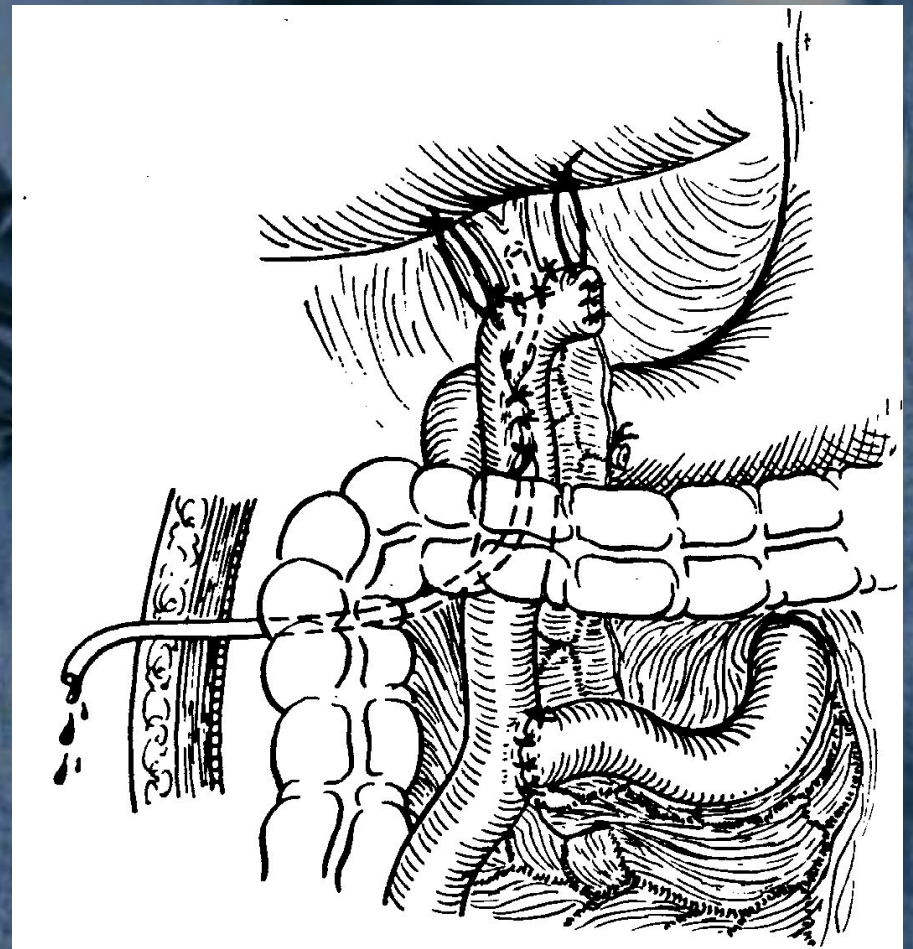
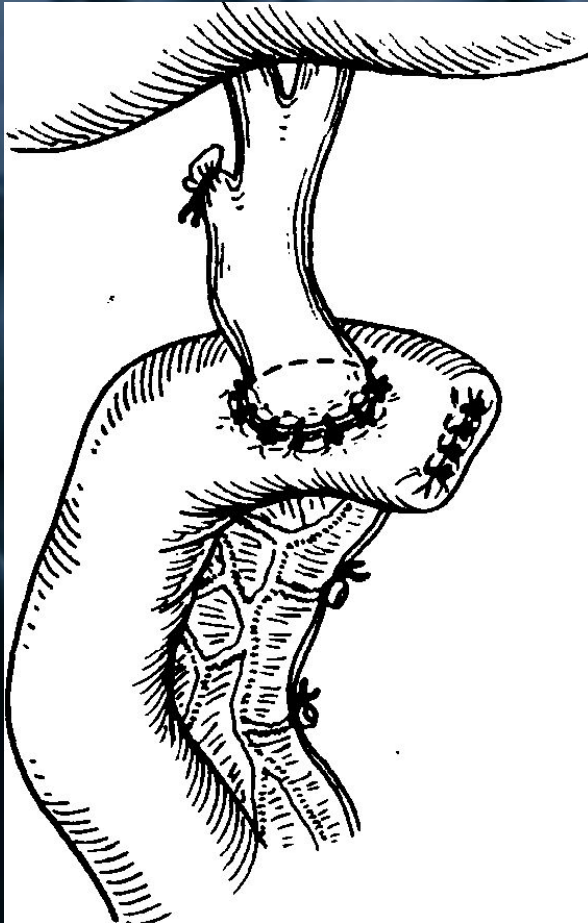


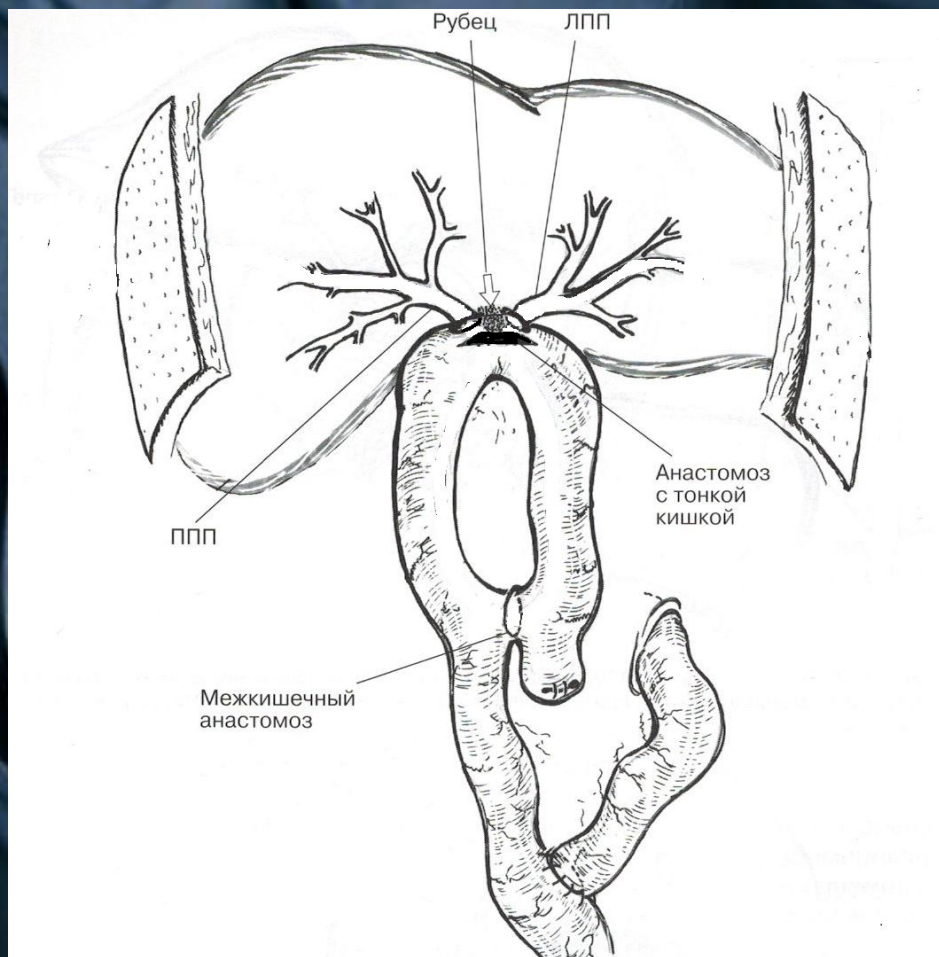
Рис. 50. Варианты холедоходуodenального анастомоза:  
*a* — по Флеркену; *б* — по Финстереру; *в* — по Юрашу — Виноградову

# ХЕА с наружным дренированием

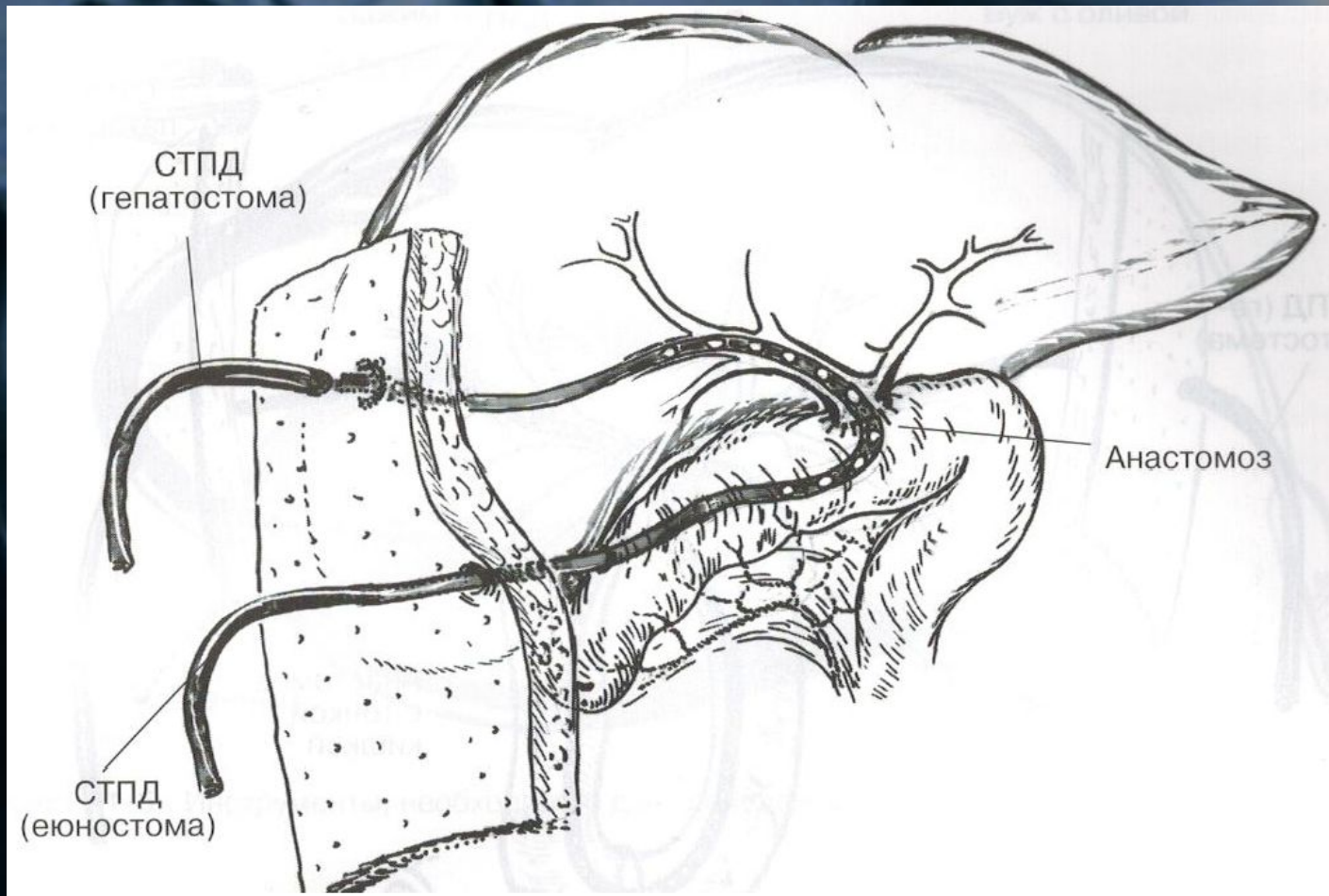




# ХЕА с Брауновским соустьем

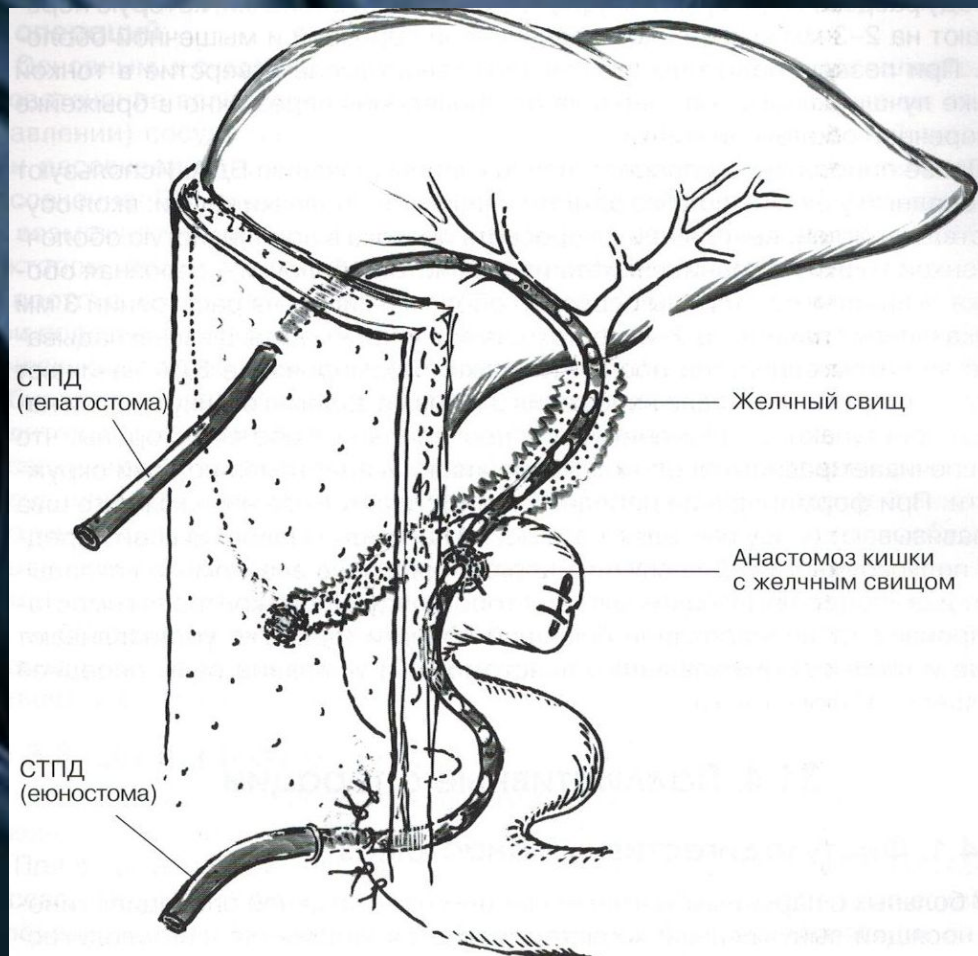


# Сквозное транспечёночное дренирование





# Паллиативные операции



# Тактика лечения при свищах гепатобилиарной системы

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



# Варианты свищей

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

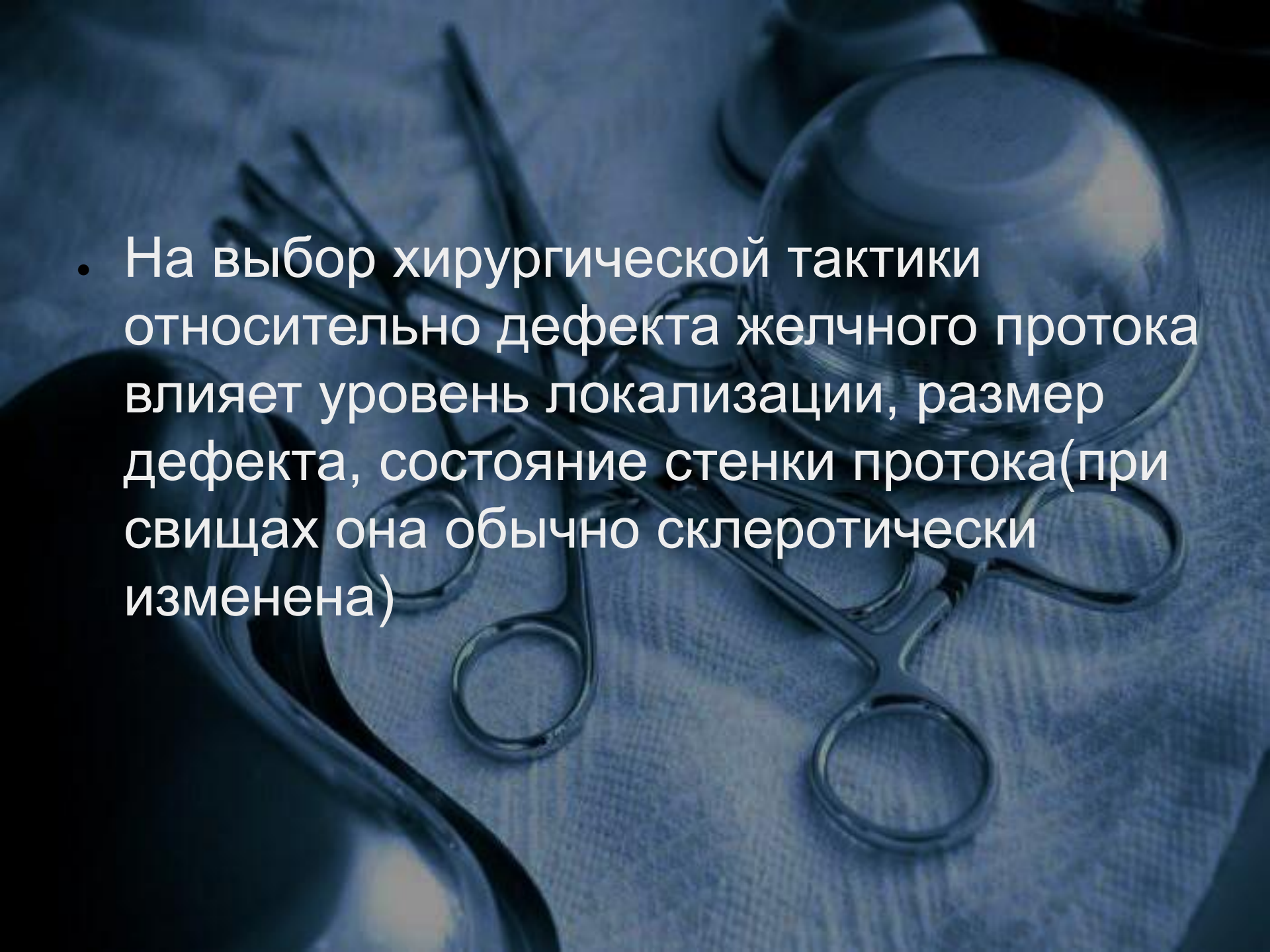
Холецисто-холедохоальный свищ обычно выявляется при холецистэктомии, когда при выделении желчного пузыря обнаруживается дефект стенки гепатико-холедоха.

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



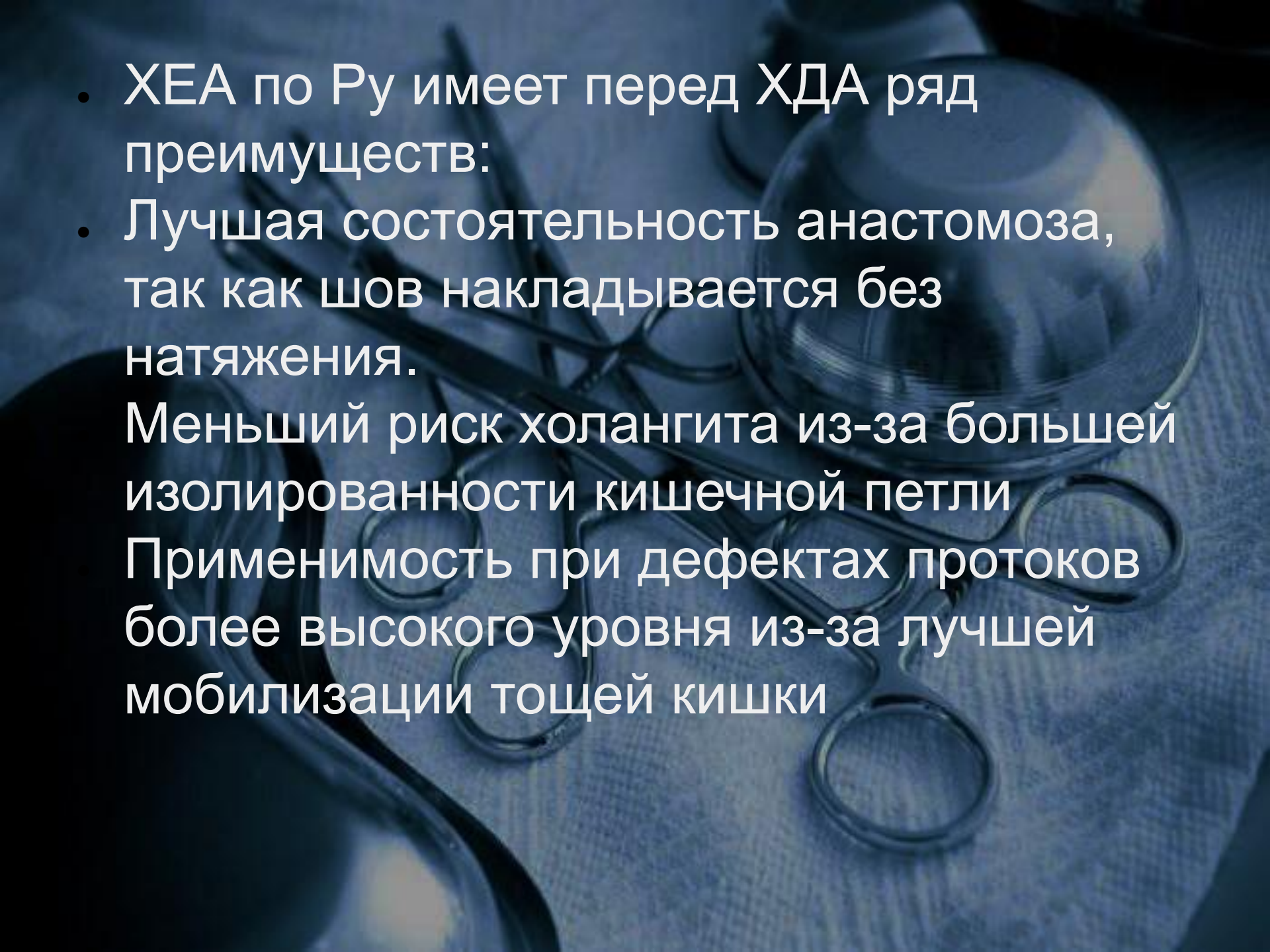
- 
- На выбор хирургической тактики относительно дефекта желчного протока влияет уровень локализации, размер дефекта, состояние стенки протока (при свищах она обычно склеротически изменена)

- 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 collection of surgical instruments, including forceps and scissors, is laid out on a blue surgical drape. The instruments are arranged in a somewhat circular pattern, with their handles and tips visible. The background is a solid blue color, and 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

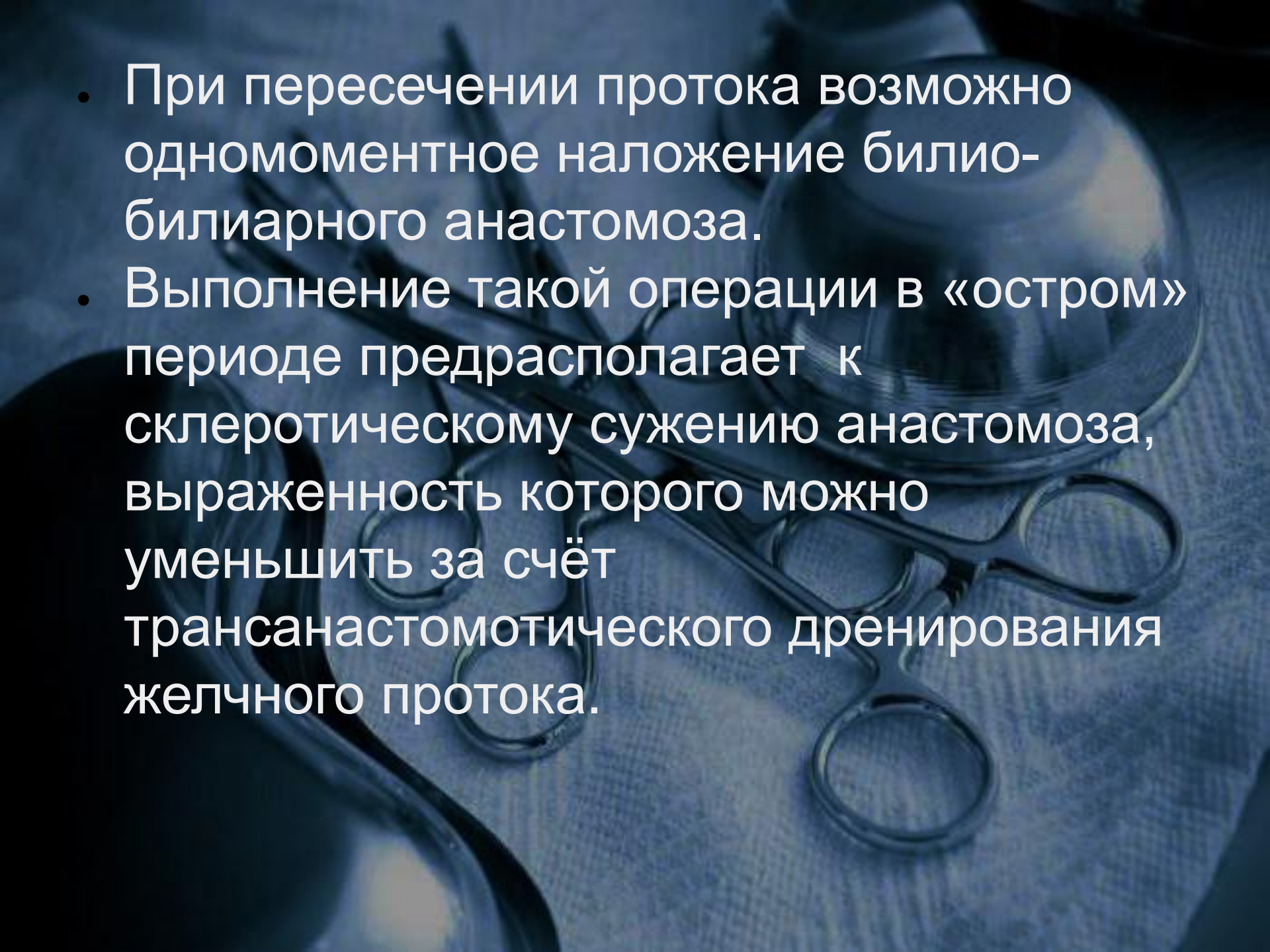
- Данная ситуация несколько повторяет картину со свищами желчных путей. Однако здесь предполагается дефект не изменённой стенки гепатико-холедоха.



- 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.

- 
- A collection of surgical instruments, including forceps and a scalpel, is laid out on a blue surgical drape. The background is a dark blue gradient with a subtle pattern of the instruments.
- 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

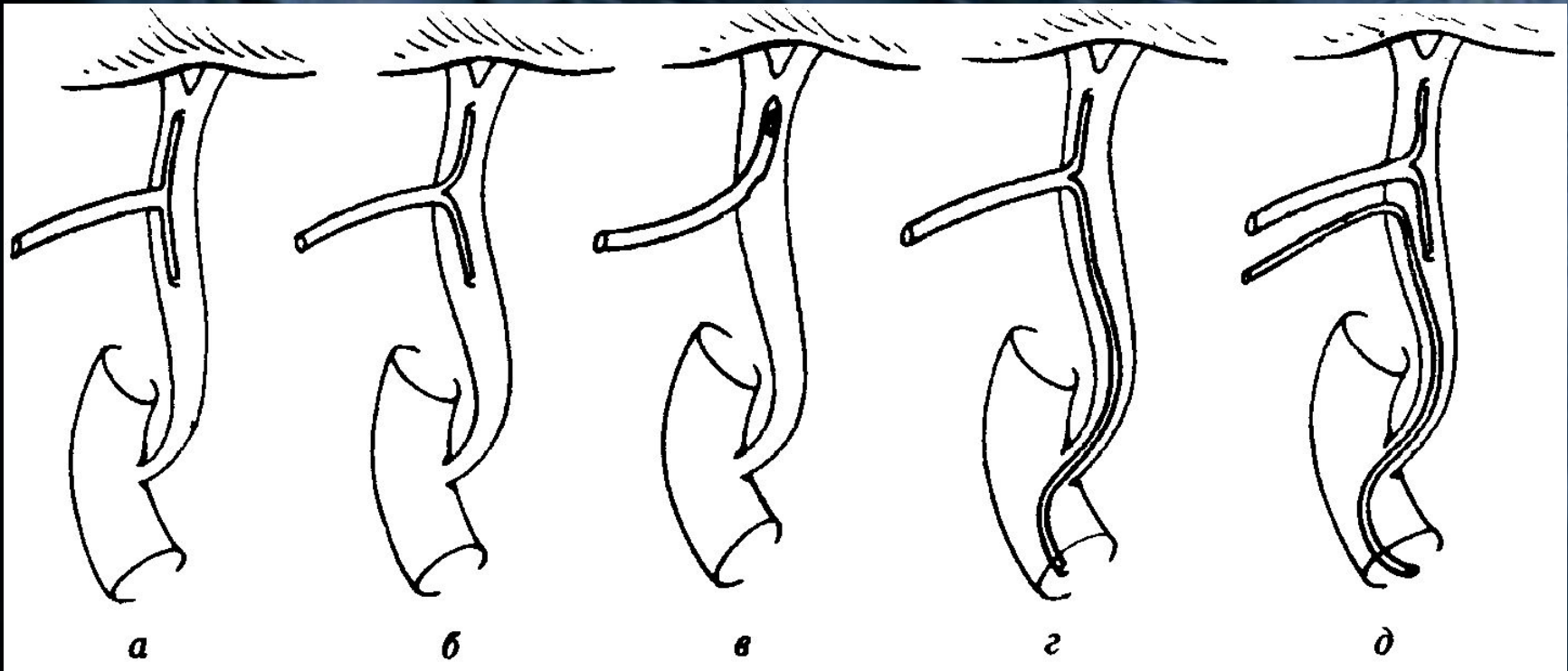
- изменения на фоне проточной гипертензии;
- интраоперационная холангиография;
- наблюдение за восстановительным процессом течения желчи в двенадцатиперстную кишку.

# Противопоказания (относительные)

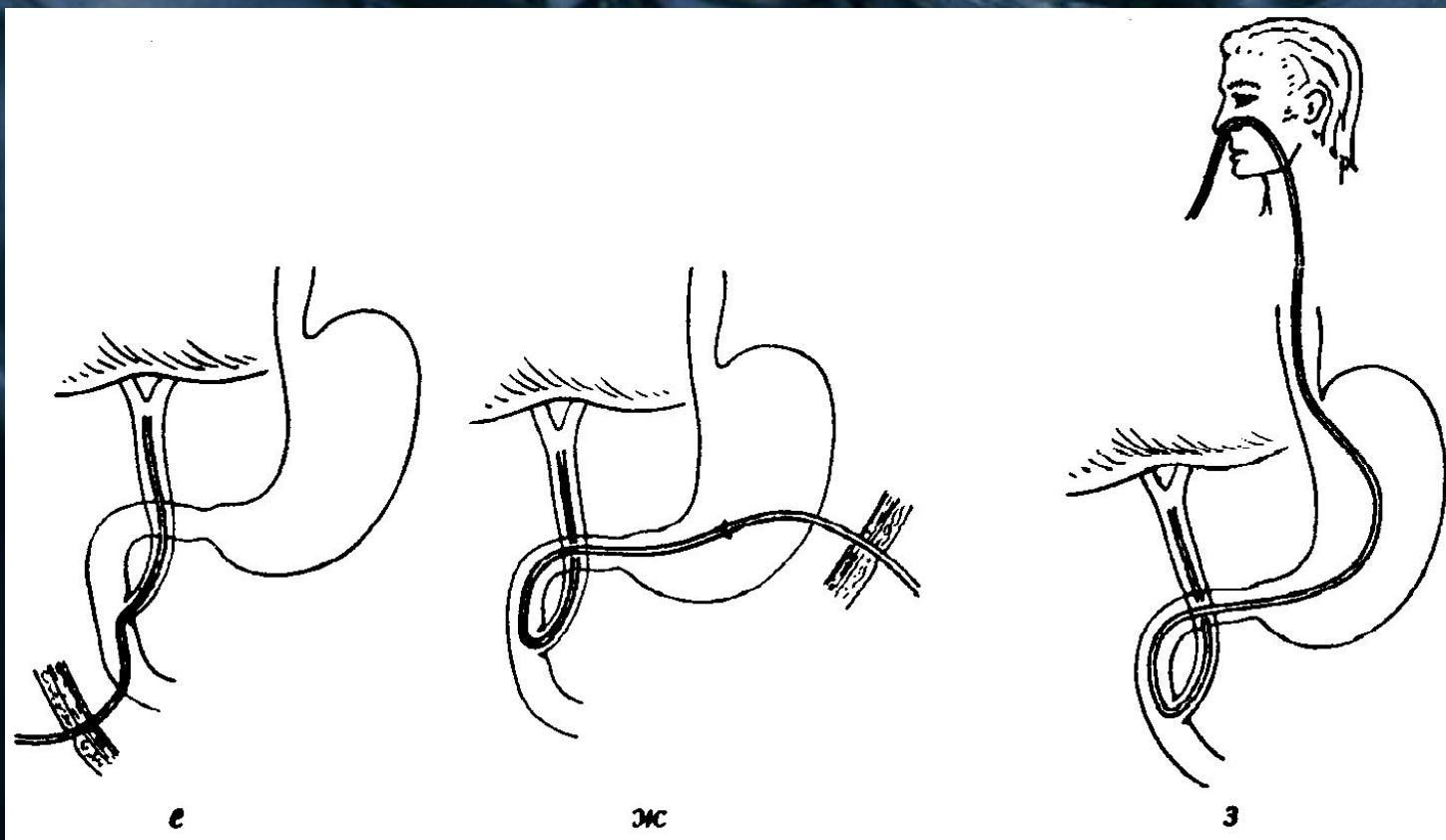
- смешанная желтуха;
- беременность на поздних сроках;
- повышенный вес;
- тяжёлая сопутствующая патология.



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

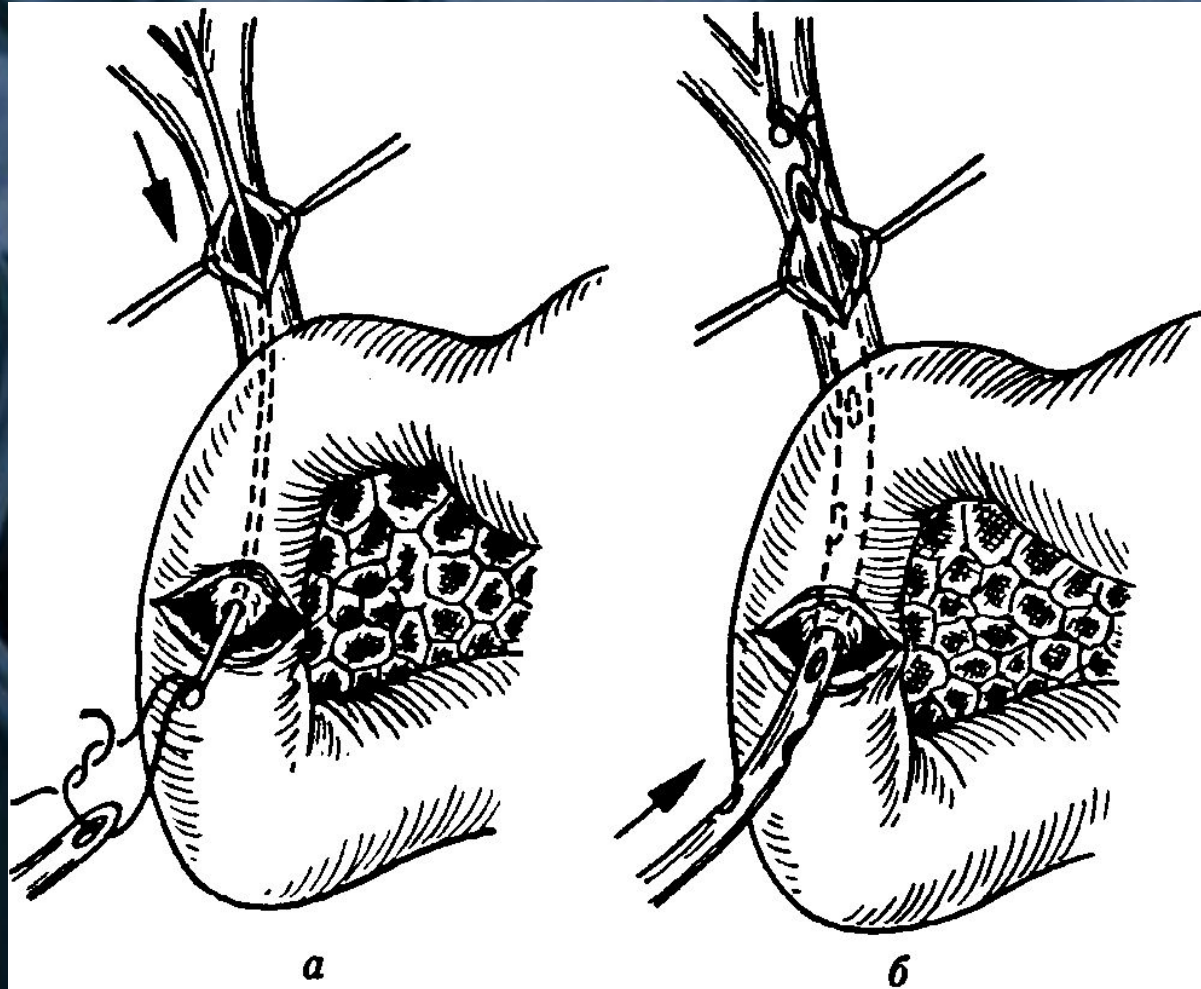


# е и ж)Voelcker з)Bailey

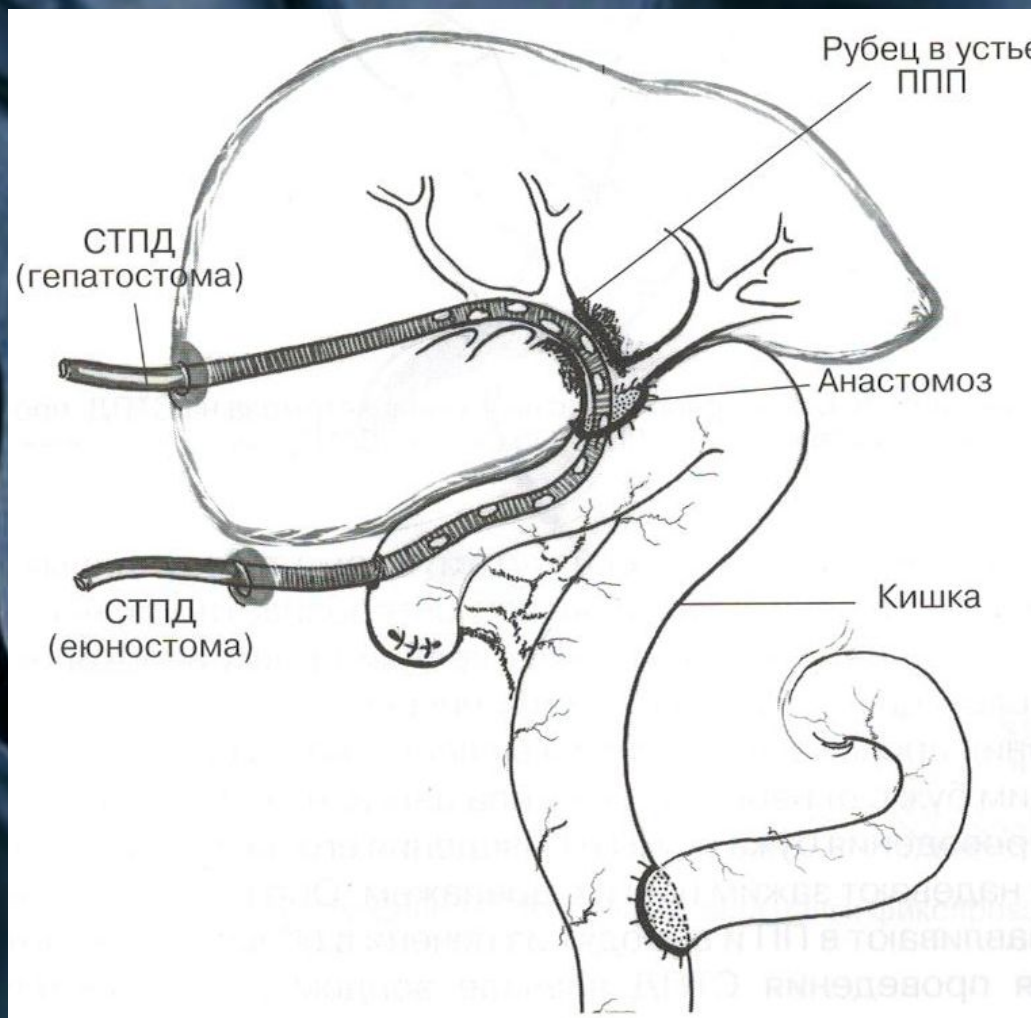




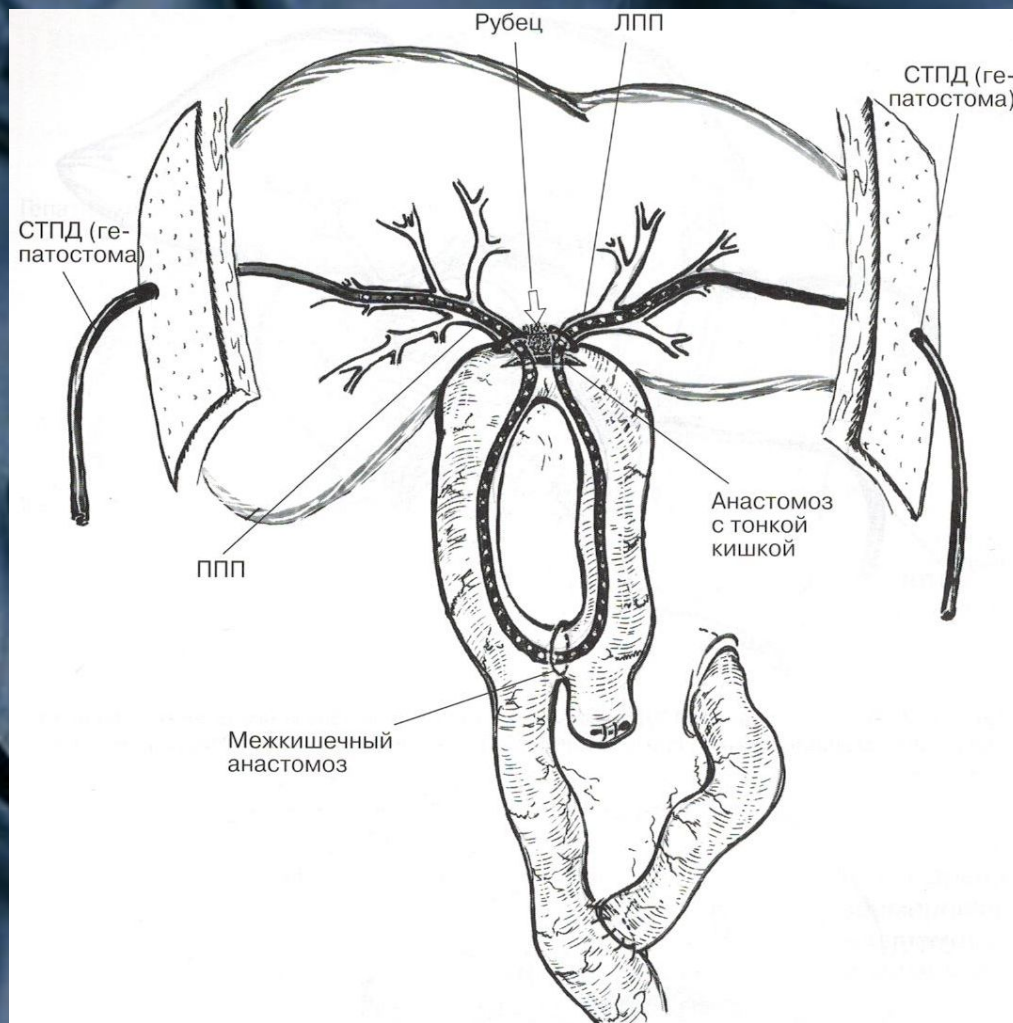
# Трансдуоденальное и транспапиллярное дренирование по Voelcker



- Сквозной транспечёночный дренаж







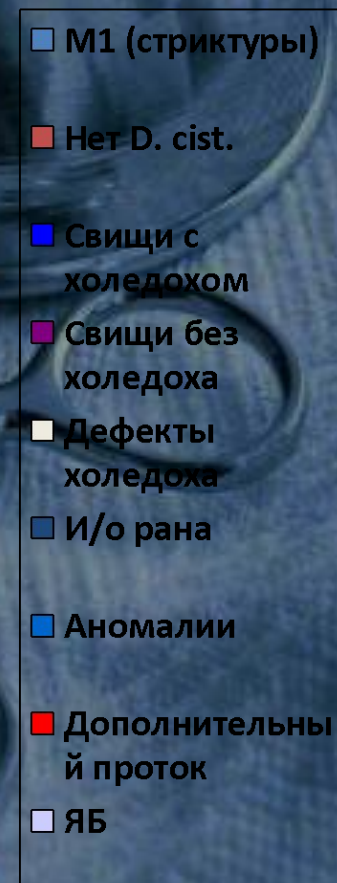
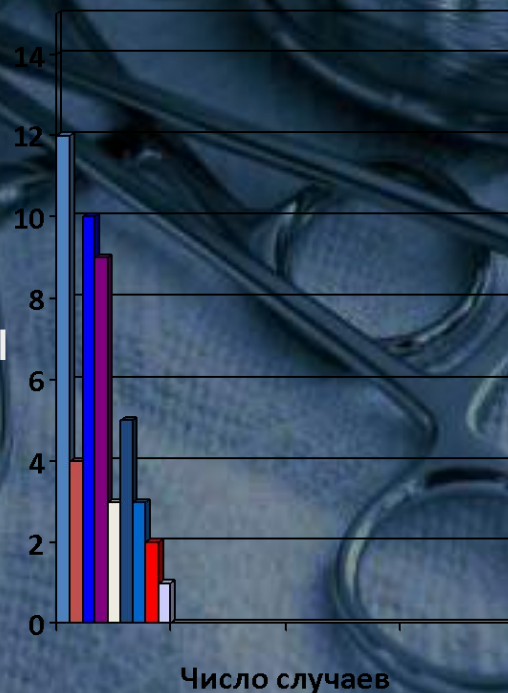
# За 10 лет в ОГБУЗ КБСПМ

## 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



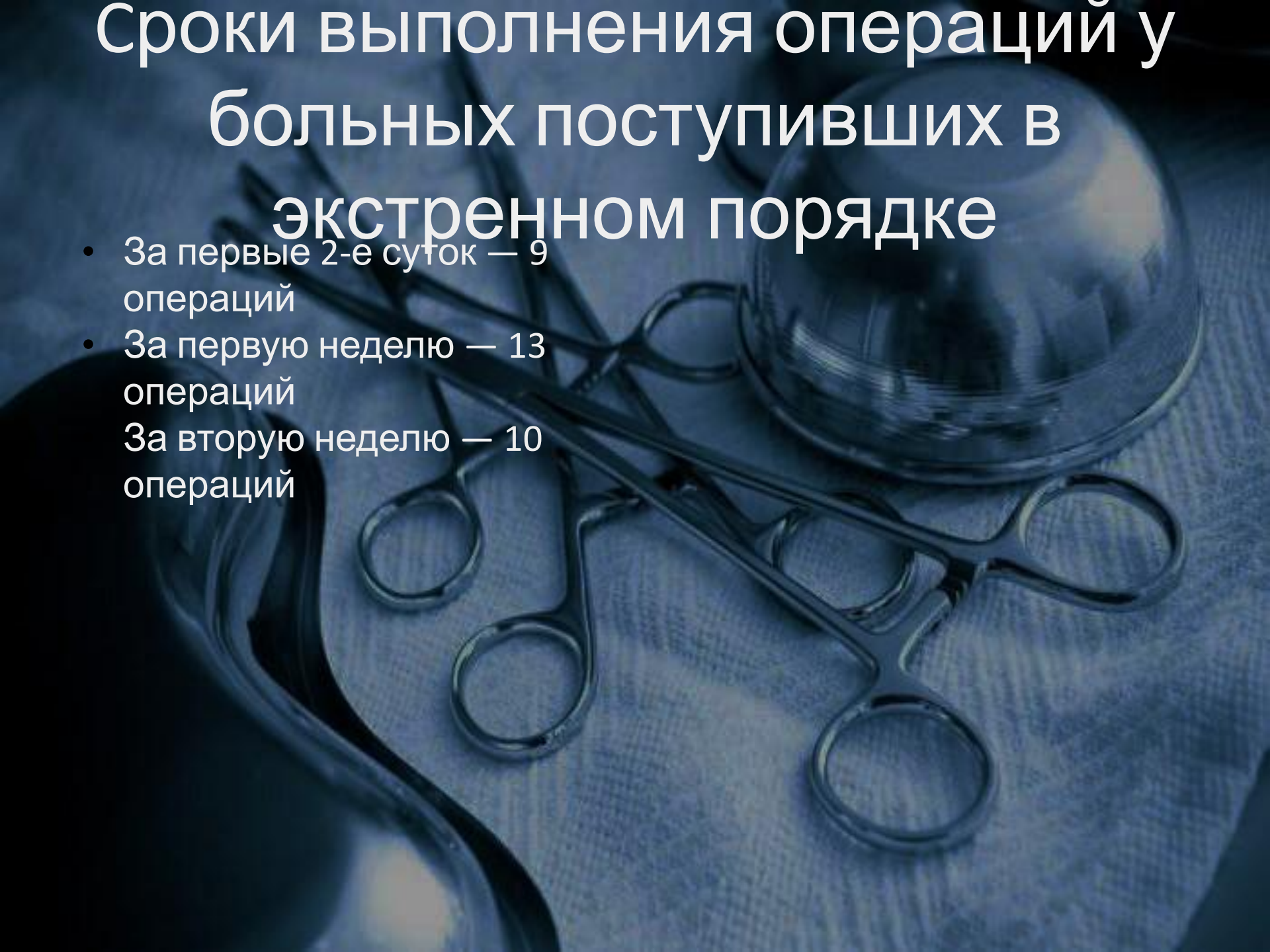


# порядок

- 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)



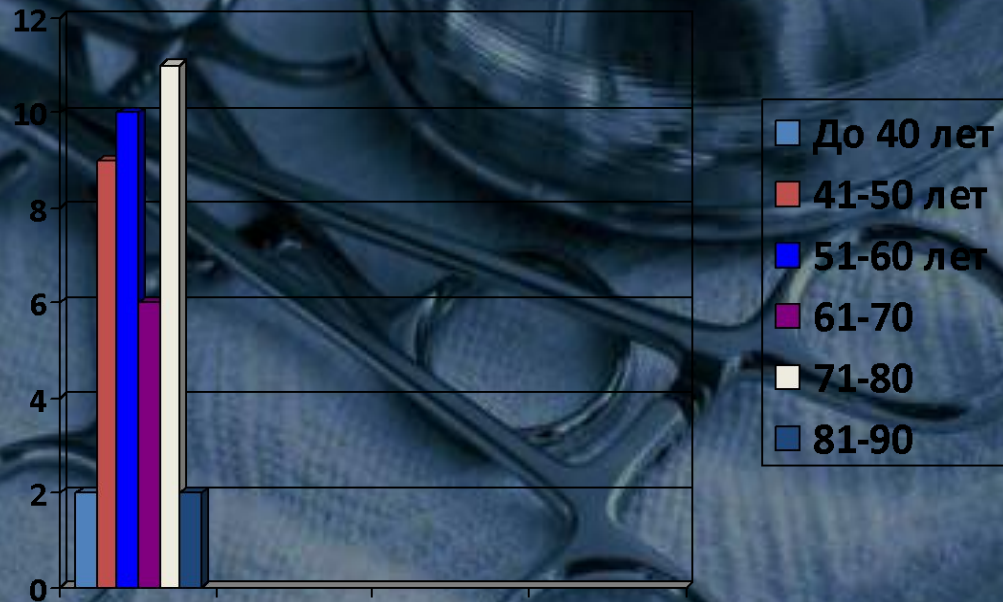
# Сроки стац лечения

- 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

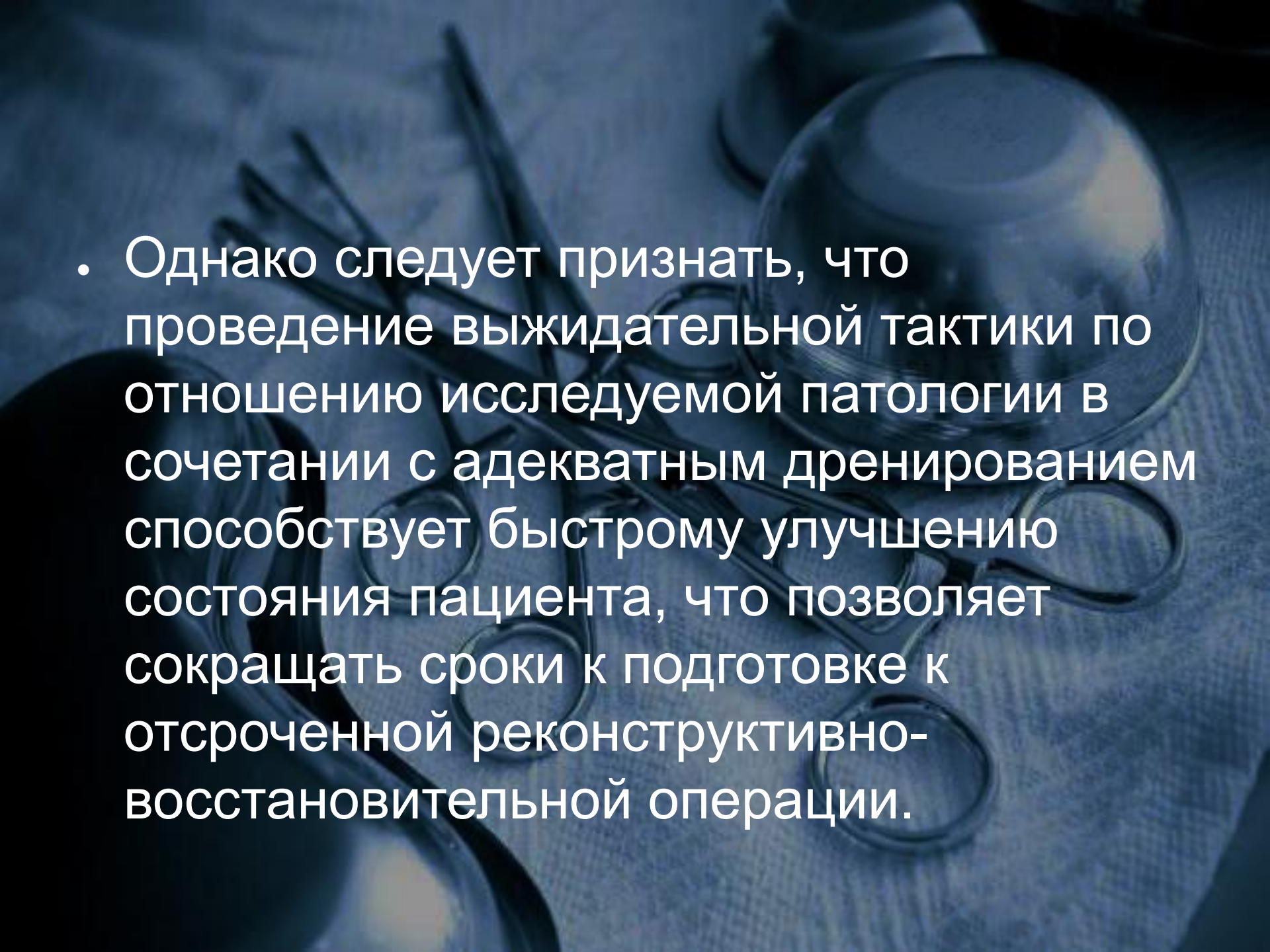
По данным статистики следует отметить, что в ОГБУЗ КБСМП выполнялись рекомендации по этапности лечения у больных с приобретенными аномалиями желчных путей. А именно: воздержание от реконструктивных операций в ранние сроки и отдавания предпочтения наружному и наружно-внутреннему дренированию желчных путей.

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.