

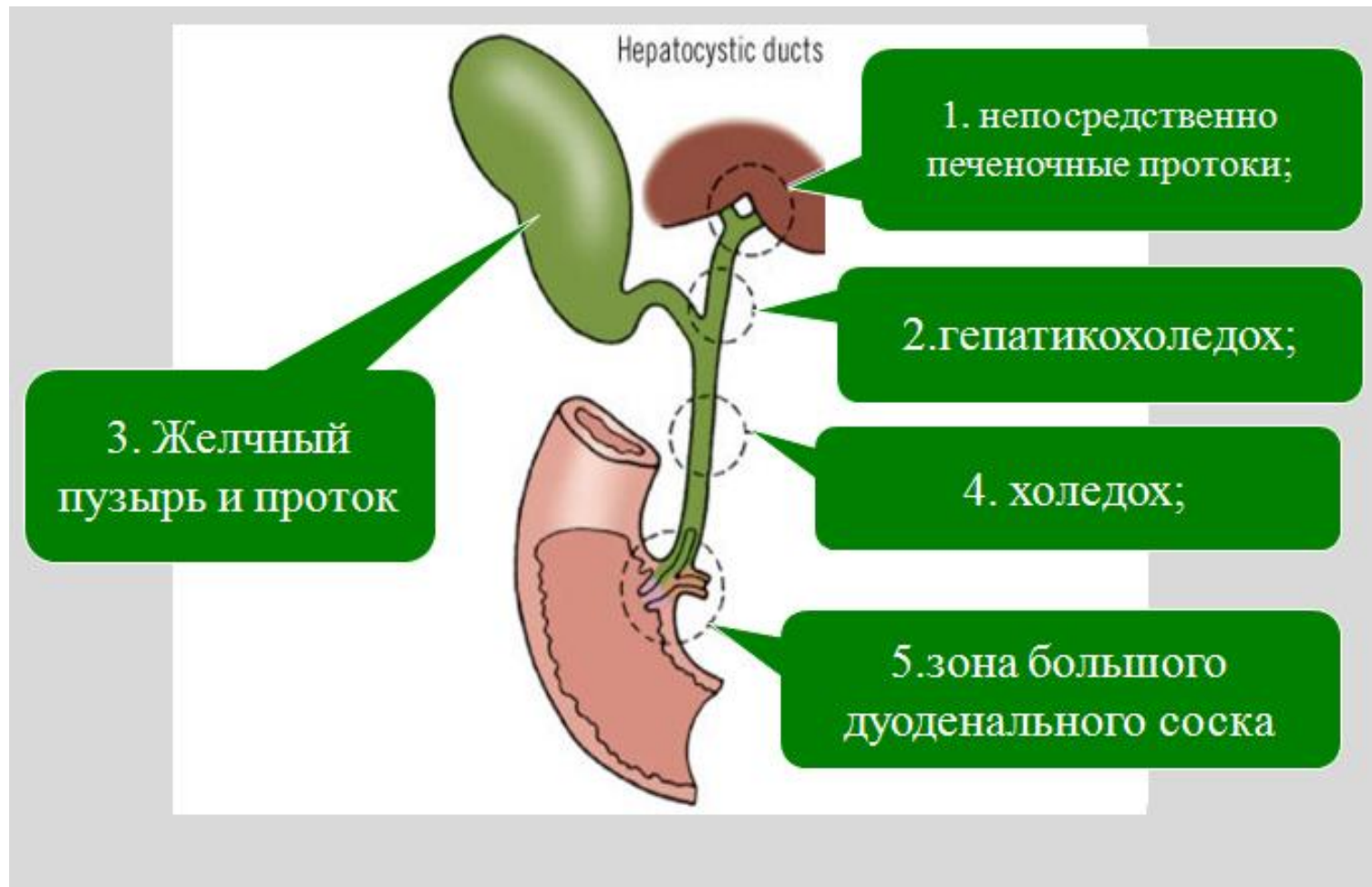
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Иркутский государственный медицинский университет»
Кафедра Топографической анатомии и оперативной хирургии

Топографическая анатомия и оперативная хирургия общего желчного протока

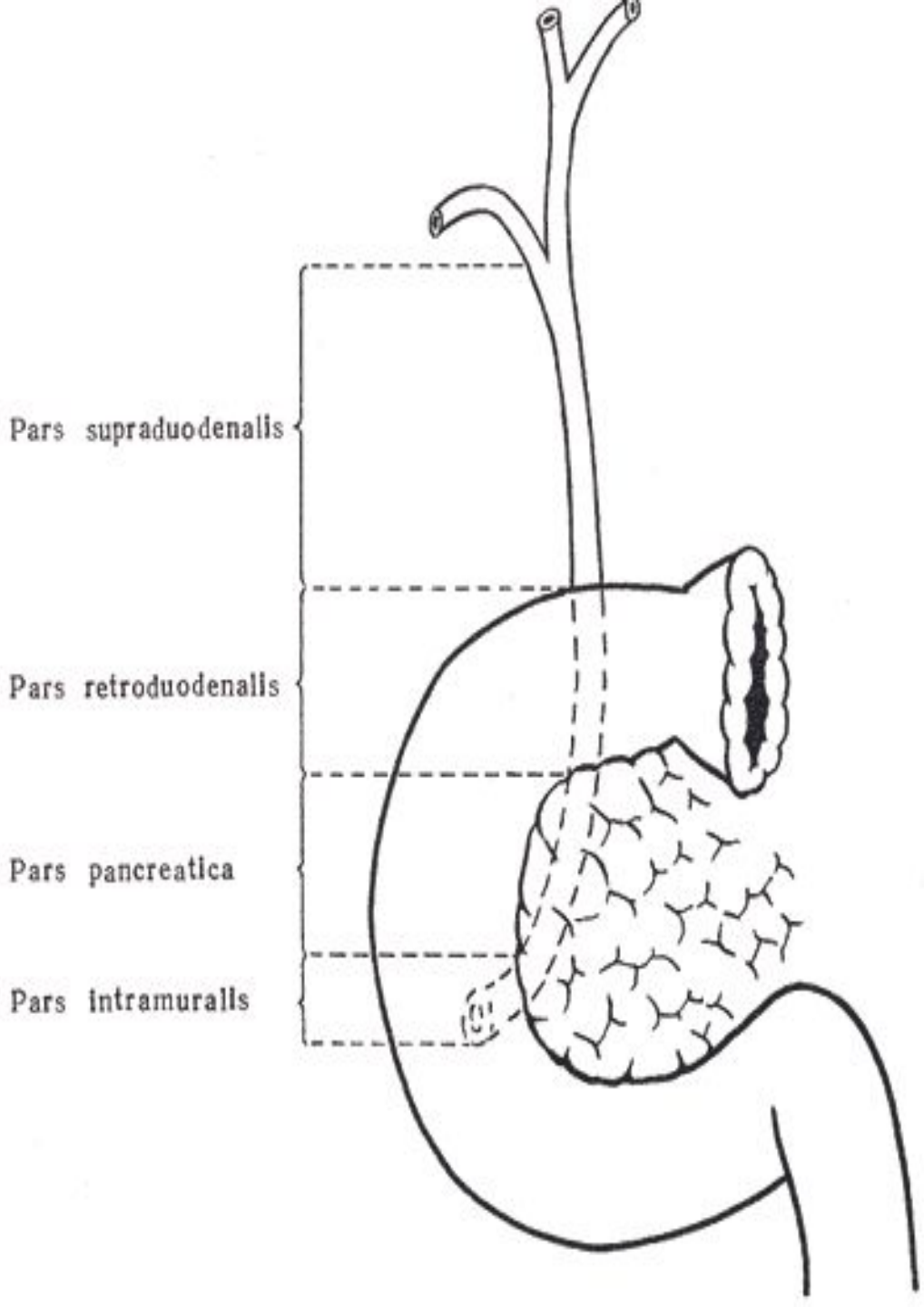
выполнила: студентка 3 курса 304 пед
Бурнашева Е.В.

Иркутск 2019

Анатомия внепеченочных жёлчевыводящих путей



Строение общего желчного протока



Желчные протоки

Желчных протоков выделяют три:

- общий печеночный проток*
- пузырный проток*
- желчевыносящий проток*

К билиодигестивным анастомозам относятся:

- **холедоходуоденоанастомоз** (соустье между двенадцатиперстной кишкой и общим желчным протоком);
- **гепатикодуоденоанастомоз и гепатикоеюноанастомоз** (соустье между общим желчным протоком и двенадцатиперстной или тощей кишкой);
- **холецистоеюноанастомоз** – соустье между желчным пузырем и тощей кишкой.

Показания и противопоказания для билиодигестивных анастомозов

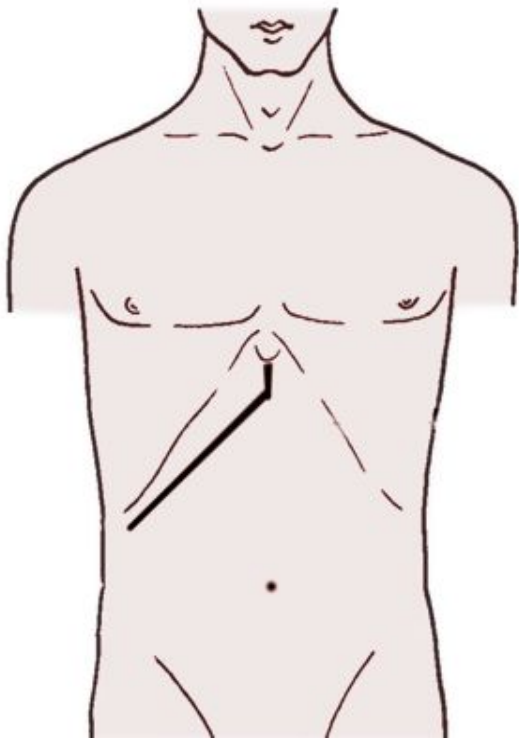
Показания:

- рак головки поджелудочной железы;
- опухоль большого дуоденального сосочка и головки поджелудочной железы;
- индуративный панкреатит.

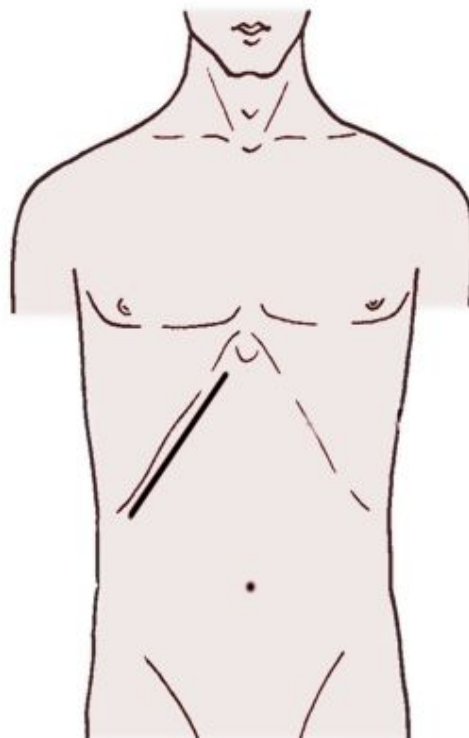
Противопоказания:

- для создания билиодигестивных анастомозов является дуоденостаз, узкий желчный проток с ломкими стенками, рубцовые изменения стенки двенадцатиперстной кишки и тяжёлое состояние пациента.

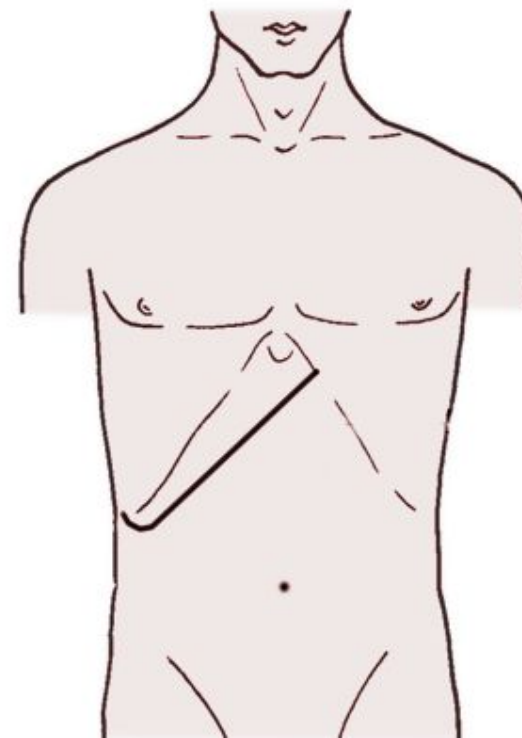
Доступы к желчному пузырю



Федорова



Курвуазье-Кохера

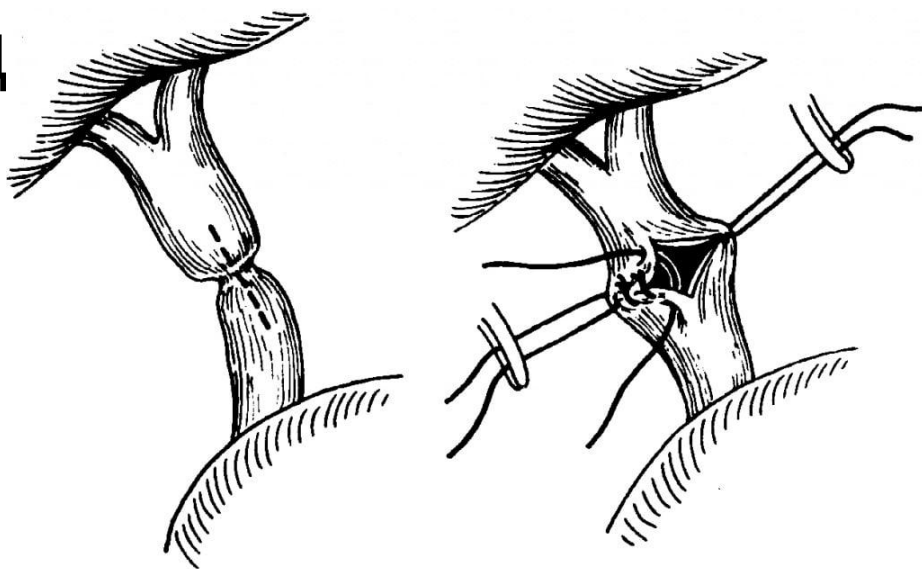


Шпренгеля

Билиодегистивные анастомозы. Операции внутреннего дренирования желчных протоков в виде трансдуоденальной папиллосфинктеротомии (ТД ПСТ) или супрадуоденальной холедоходуоденостомии (СД ХДС) при остром холецистите должны применяться по строгим показаниям: при стриктуре и ущемлении камня БДС, а также при множественном литиазе и протяженной стриктуре дистального отдела холедоха. При выборе способа внутреннего дренирования желчных протоков необходимо учитывать степень выраженности воспалительного процесса в брюшной полости и воспалительной инфильтрации гепатодуоденальной связки, состояние стенки гепатикохоледоха и двенадцатиперстной кишки.

Билиодигестивный анастомоз – это
созданное хирургическим путём соустье
между желчевыводящими путями и
отделом

желуд



Пузырный проток показан снаружи. Его длина может быть различной, но обычно она составляет 3-5 см. Средний диаметр вблизи желчного пузыря составляет 2.5 мм, а дистальный диаметр вблизи общего желчного протока—3 мм. Снаружи он имеет вид скрученной трубки из-за наличия косо ориентированных бороздок, разделенных расширениями и придающих протоку вид спирали, которая, однако, ограничивается проксимальной половиной или 2/3 протока. Дистальный конец имеет вид цилиндра. Это объясняется тем, что проксимальная часть протока имеет клапаны Heister, в то время как дистальная часть их не имеет. На рисунке изображены нерасширенный общий желчный проток диаметром 6-8 мм и ветви общего печеночного протока диаметром 3 мм. Пузырный проток изнутри имеет неровный вид из-за складок слизистой оболочки, или клапанов Гейстера, которые занимают проксимальную половину или две трети длины протока (спиральная часть), в то время как дистальный конец (гладкая часть) не имеет клапанов. Клапаны Гейстера представляют собой полулунные образования с одним краем, прикрепленным к стенке пузырного протока, и другим, свободным краем, который выступает в просвет протока, следуя в косом направлении, сходном с направлением бороздок на его наружной поверхности. Несмотря на то, что соединение полулунных клапанов придает пузырному протоку изнутри вид спирали, настоящей непрерывной спирали они не образуют. Каждый клапан сохраняет свою индивидуальность, они имеют различные направления и чередуются, что

- Если желчный пузырь слишком близко прилегает к нижней поверхности печени, бывает необходимо частично или полностью выделить желчный пузырь из его ложа, как показано в данном случае, для формирования анастомоза с тощей кишкой. Если пузырная артерия и ее наиболее важные ветви защищены, то кровоснабжение желчного пузыря не нарушится. Если такая проблема все же имеет место, ее легко разрешить, резецировав дно или часть тела желчного пузыря, а затем сформировав анастомоз оставшейся части желчного пузыря с тощей кишкой. Клапаны пузырного протока разрушены, и конец зажима можно ввести в желчный пузырь. Пузырный проток превращен в цилиндрический проток, гладкий и большего диаметра, такого же вида, как и печеночный проток. Через такой проток желчь сможет проходить свободно. На верхнем рисунке показан наружный вид расширенного пузырного протока. На нижнем рисунке показано продольное сечение расширенного пузырного протока. Когда все клапаны Гейстера в пузырном протоке разрушены, переходят к герметичному закрытию культи общего желчного протока, как показано на рисунке, не оставляя слепой культи. После этого формируют анастомоз дна желчного пузыря с петлей тощей кишки способом «конец в бок», накладывая два ряда швов. Внутренний, или слизистый, слой следует ушивать хромированным кетгутом 4-0, а наружный шов между серозной оболочкой желчного пузыря и серозно-мышечным слоем тощей кишки — шелком, хлопком или нерассасывающимися синтетическими нитями. Не обязательно, чтобы диаметр анастомоза был более 3 см, потому что поток желчи будет регулироваться диаметром печеночного и пузырного протоков. Нижний рисунок свидетельствует, что холецистоюнальный анастомоз выполнен в дистальной части тела желчного пузыря путем резекции дна и проксимальной части тела желчного пузыря.

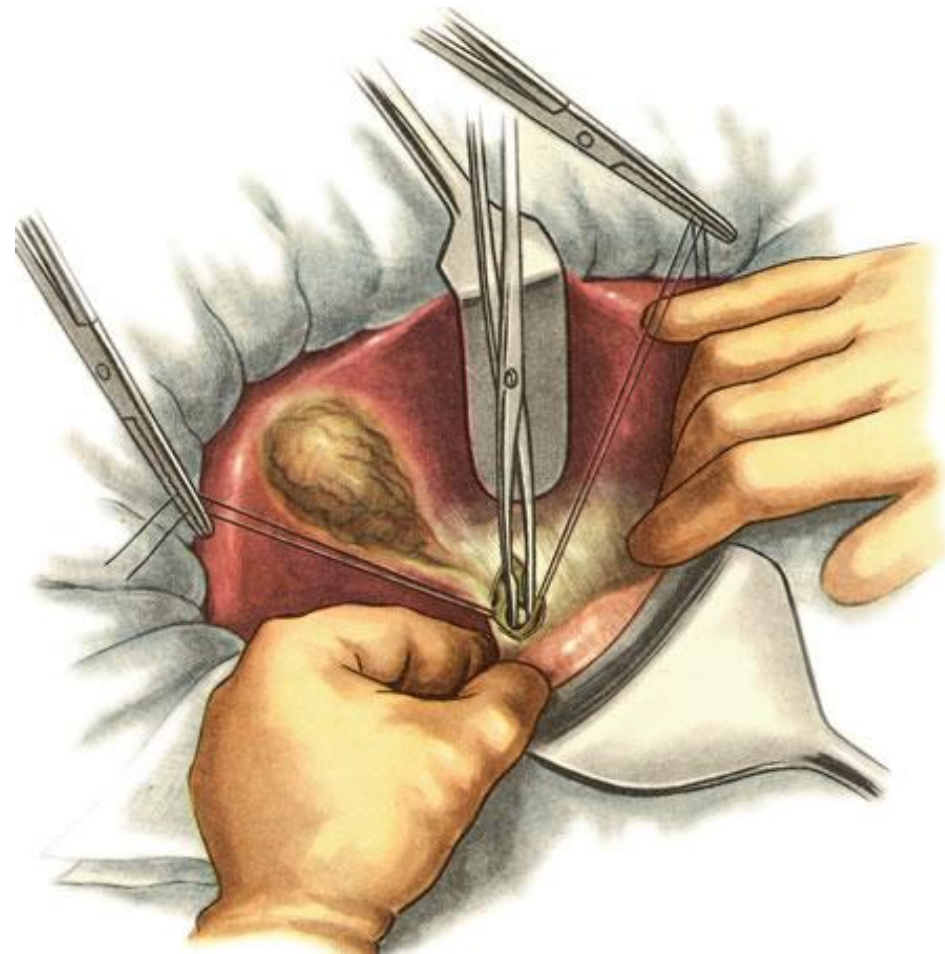
- Этот вариант можно применить, когда имеются сомнения в достаточном кровоснабжении желчного пузыря. Это исключительный случай. С другой стороны, выделять весь желчный пузырь из его ложа требуется крайне редко. На этом рисунке изображена полностью завершенная панкреатодуоденальная резекция при отсутствии расширения желчных протоков. Как можно видеть, произведена гемигастрэктомия с двусторонней стволовой ваготомией и впередиободочной гастроеюностомией. Культия поджелудочной железы анастомозирована с задней стенкой желудка методом имплантации. Силастиковая трубка отводит секрет поджелудочной железы наружу. Отток желчи восстанавливается формированием холецистоеюнального анастомоза с предварительным разрушением клапанов Гейстера в пузырном протоке. Петля тощей кишки проведена вверх через брыжейку поперечной ободочной кишки правее среднеободочных сосудов. Между петлей тощей кишки и брыжейкой ободочной кишки наложены несколько швов для предупреждения внутреннего ущемления. Панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника у пациента с нерасширенными желчными протоками. Сформирован анастомоз «конец в бок» между короткой культей двенадцатиперстной кишки и тощей кишкой на расстоянии 15-20 см от холецистоеюнального анастомоза. Культия поджелудочной железы анастомозирована с задней стенкой желудка. Для отведения наружу панкреатического секрета тонкая силастиковая трубка зафиксирована в протоке поджелудочной железы и выведена наружу через переднюю стенку желудка и дальше за пределы его тела. После предварительного разрушения клапанов Гейстера сформирован анастомоз желчного пузыря с тощей кишкой по ранее описанной методике.

Холедохотомия

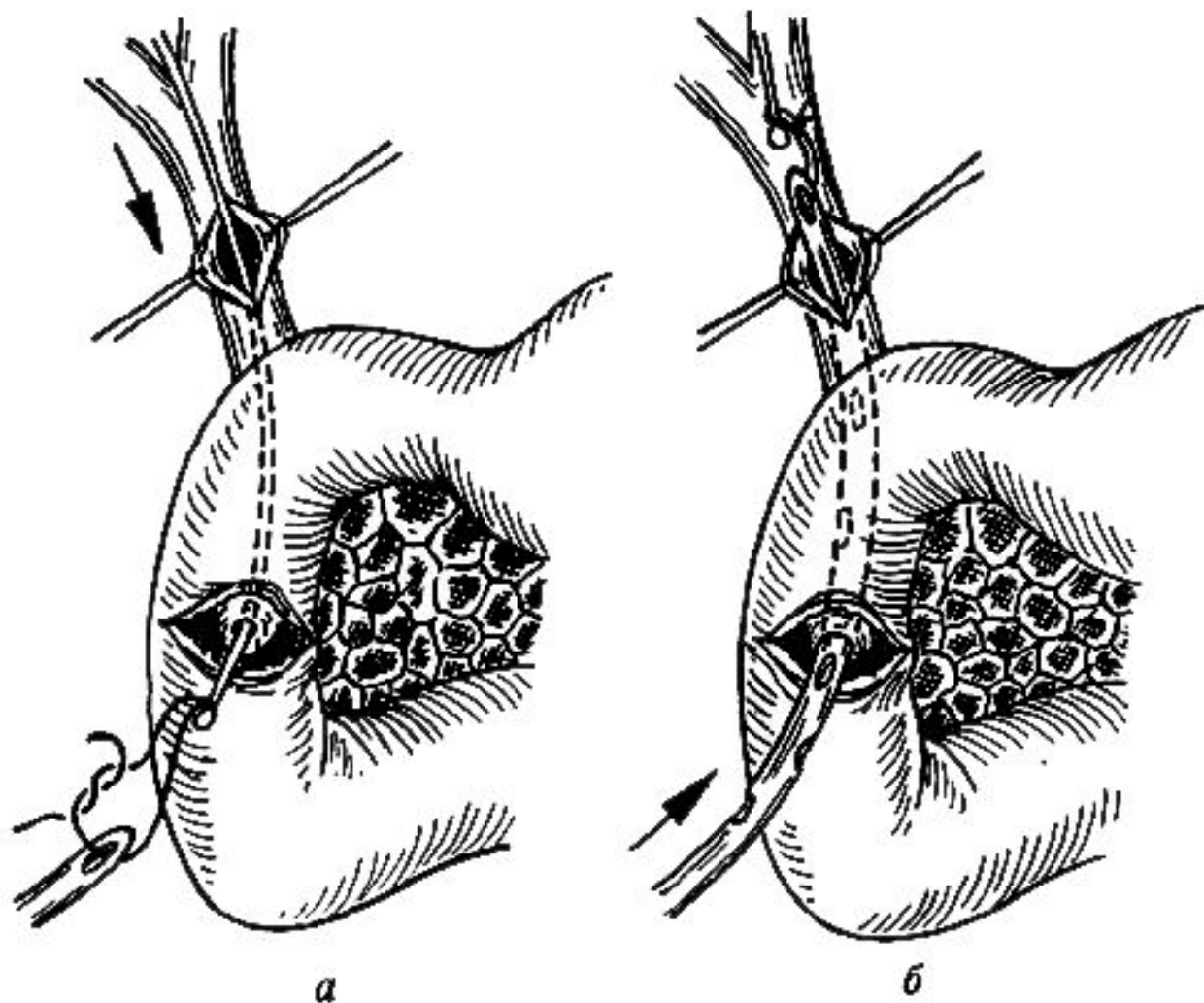
Вскрытие просвета общего
желчного протока



Извлечение камня из холедоха



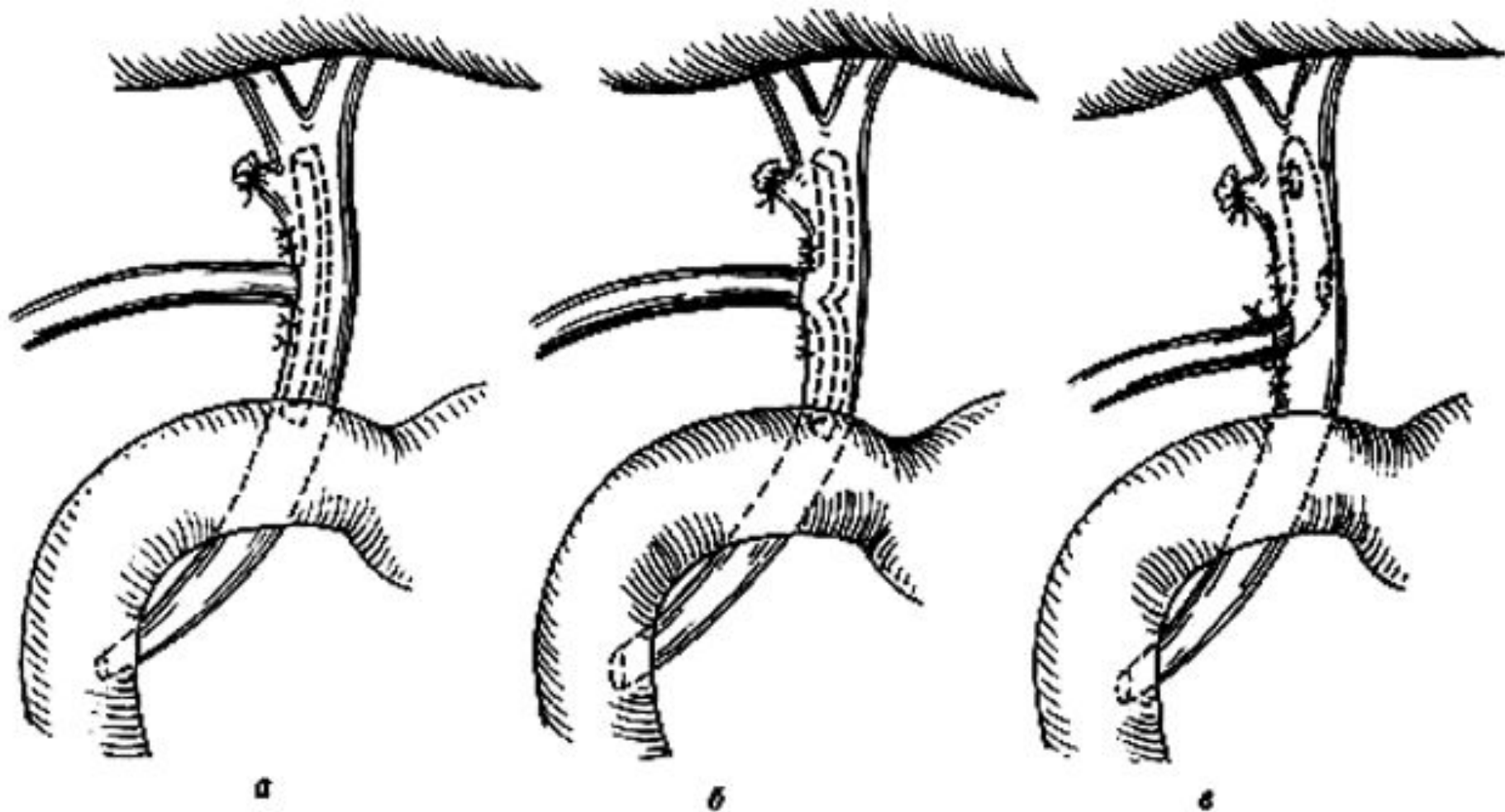
Виды дренирования желчного протока



Холедохотомия и дренирование общего желчного протока

а – транспапиллярное б - трансдуоденальное

Наружное дренирование общего желчного протока

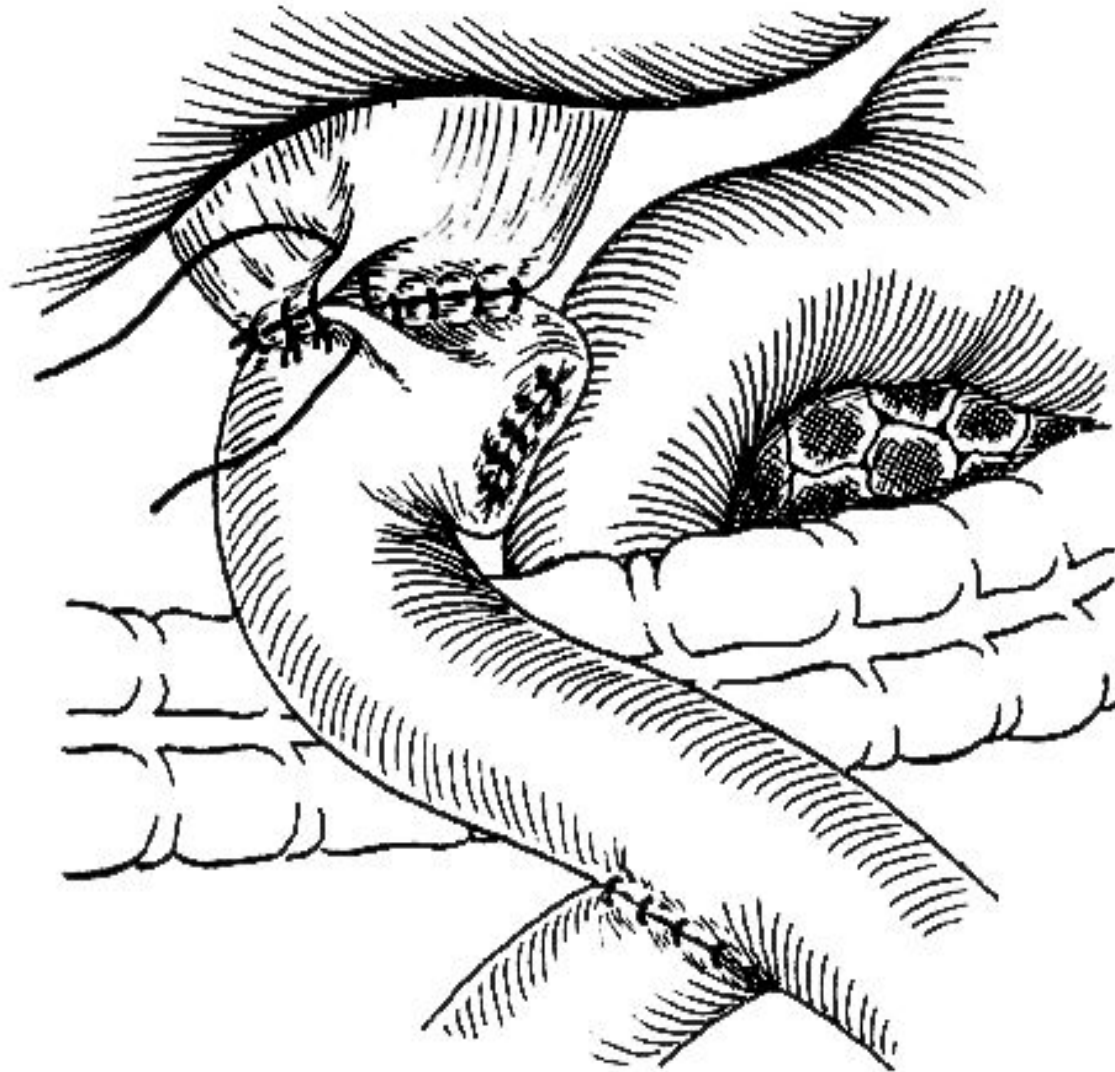


а,б – дренирование Т-образной трубкой по Керу

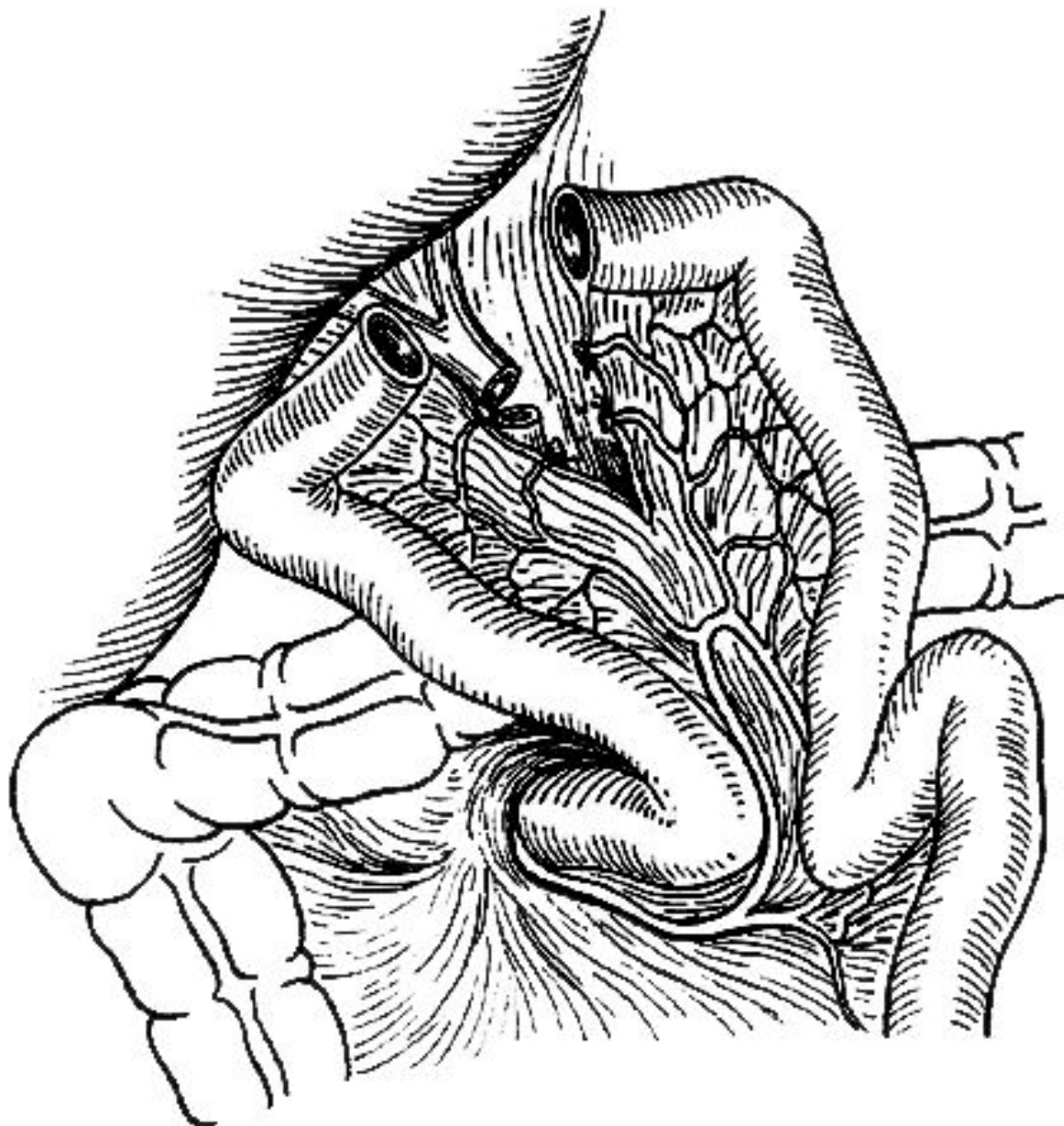
в – дренирование с помощью катетера Нелатона по Вишневскому

Холедохоюностомия

Мобилизация кишечной петли

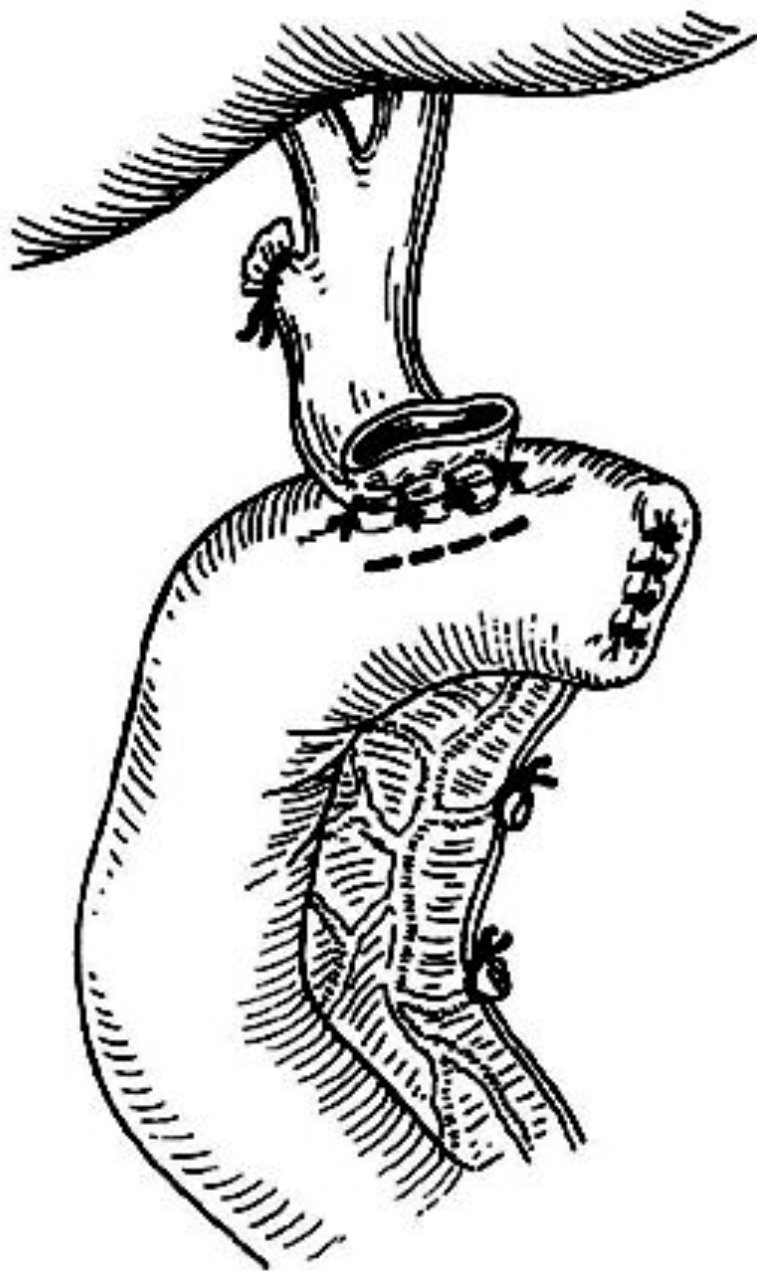


Холедохоеюностомия



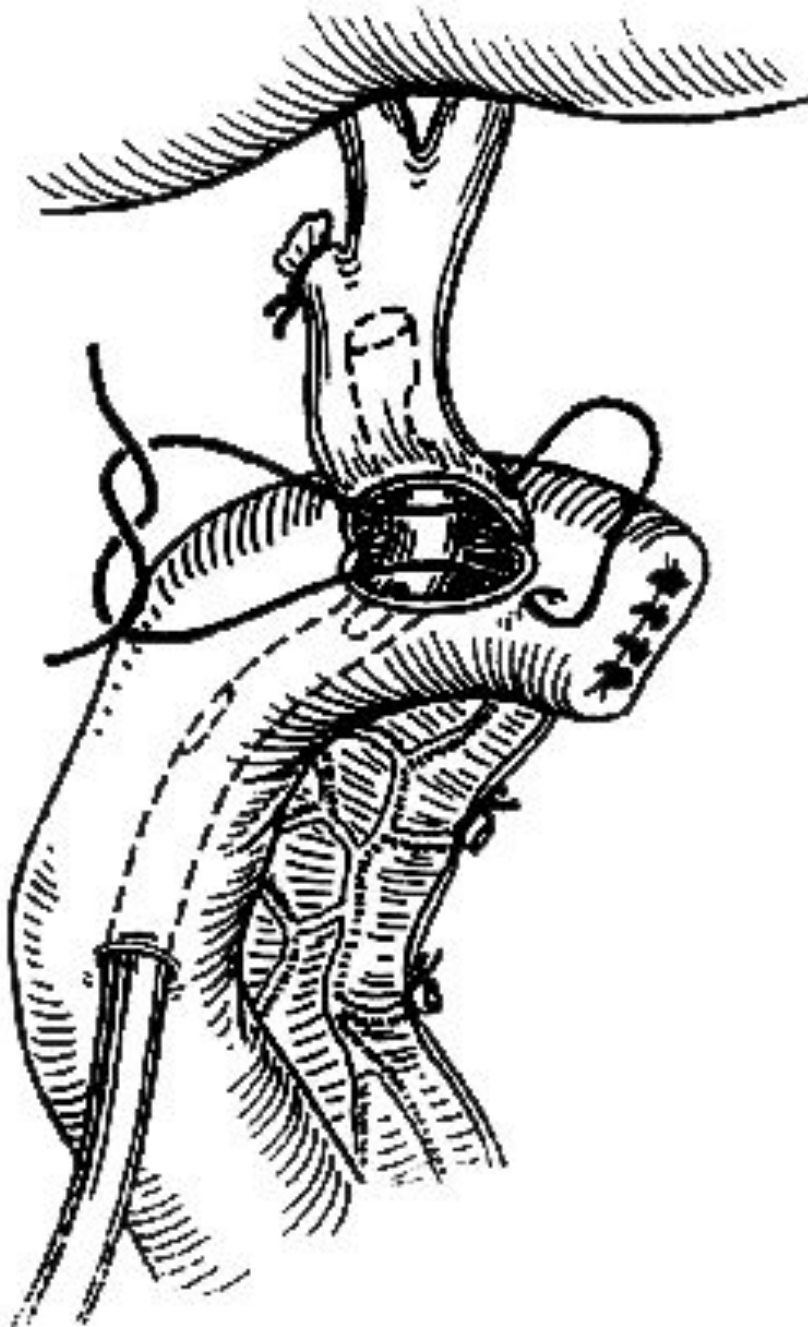
Мобилизация и
вскрытие просвета
тонкой кишки,
холедохотомия

Холедохоюностомия



Наложение задних серо-серозных швов

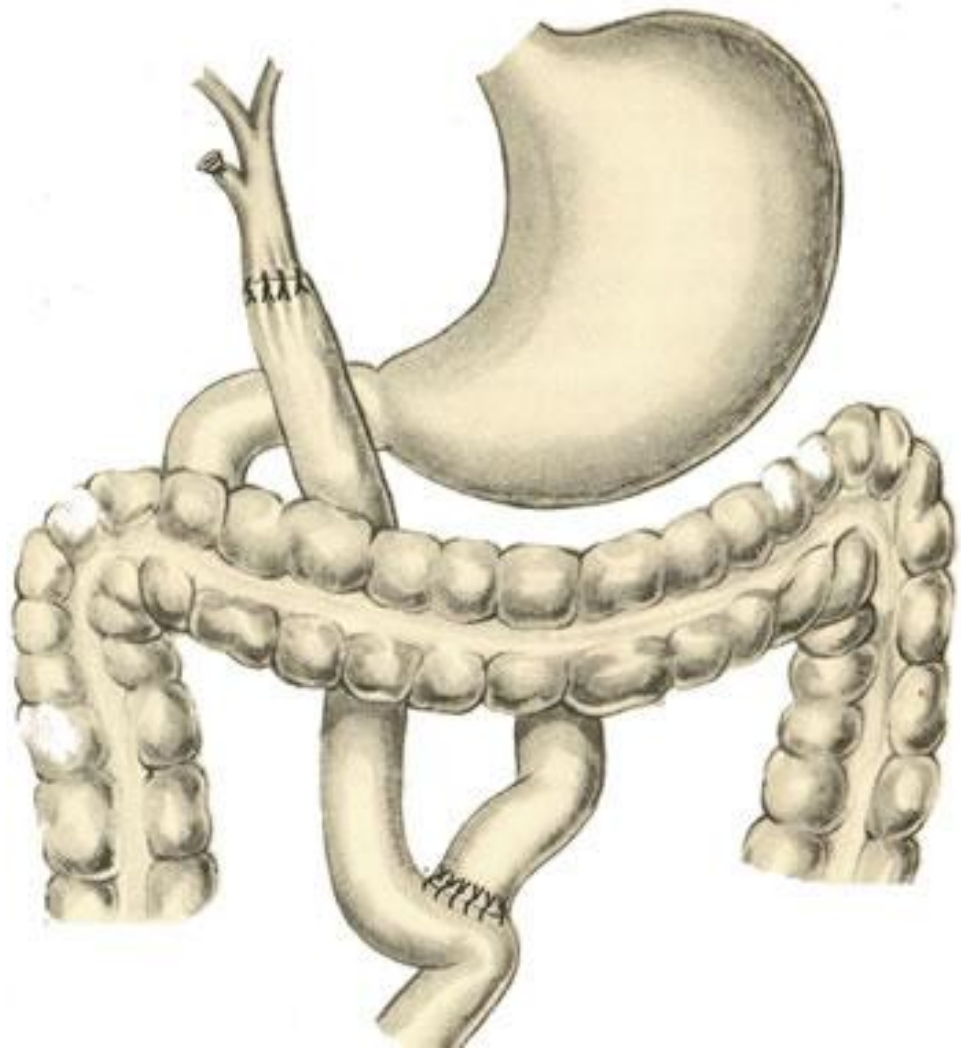
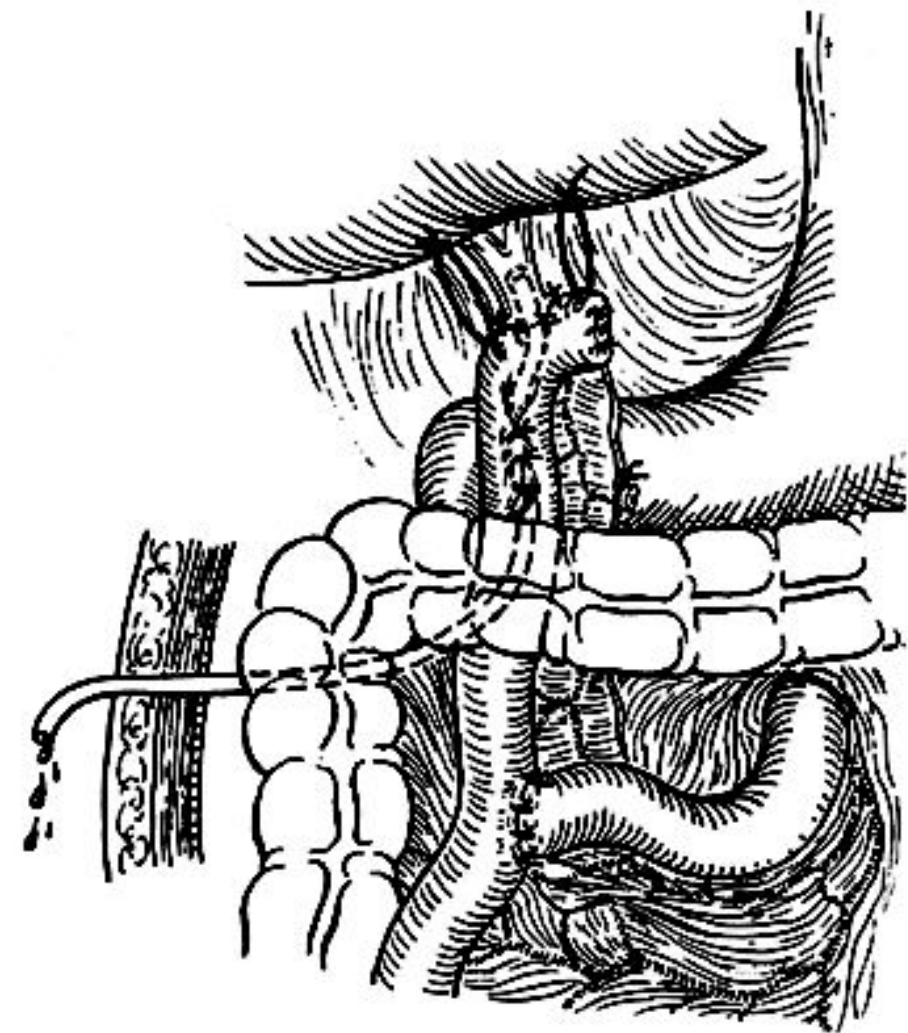
Холедохоеюностомия



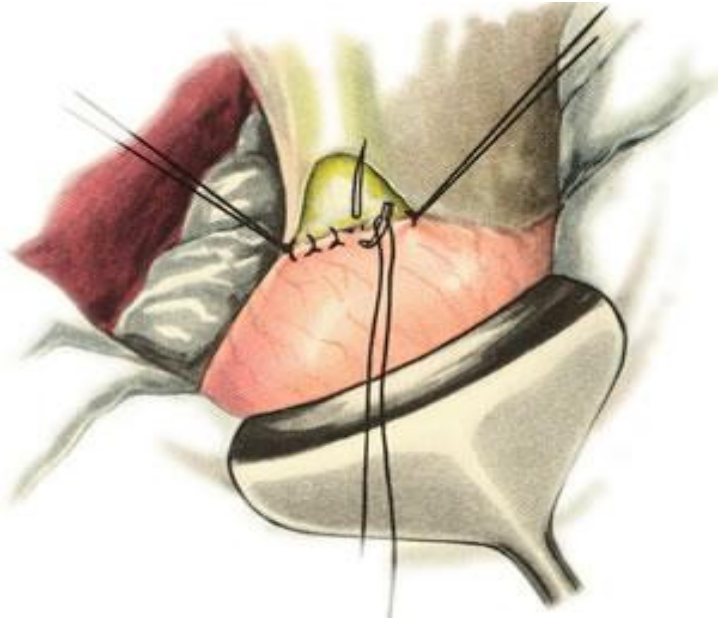
Проведение и закрепление
внутреннего дренажа

Холедохоюностомия

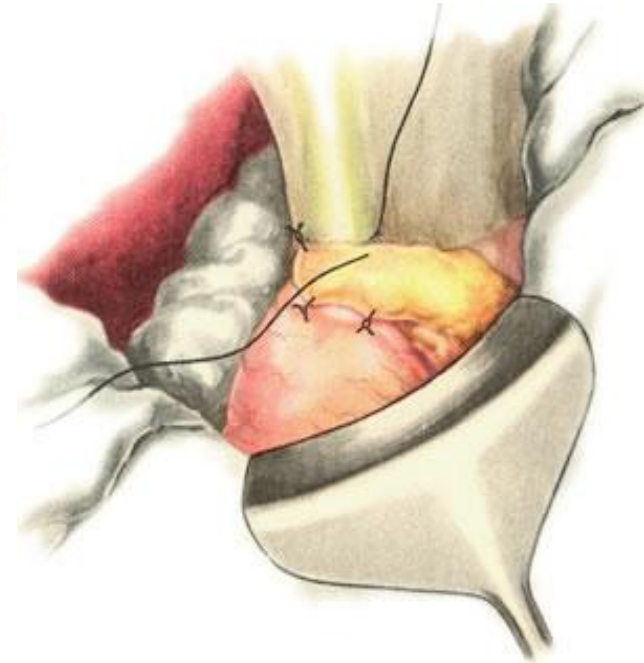
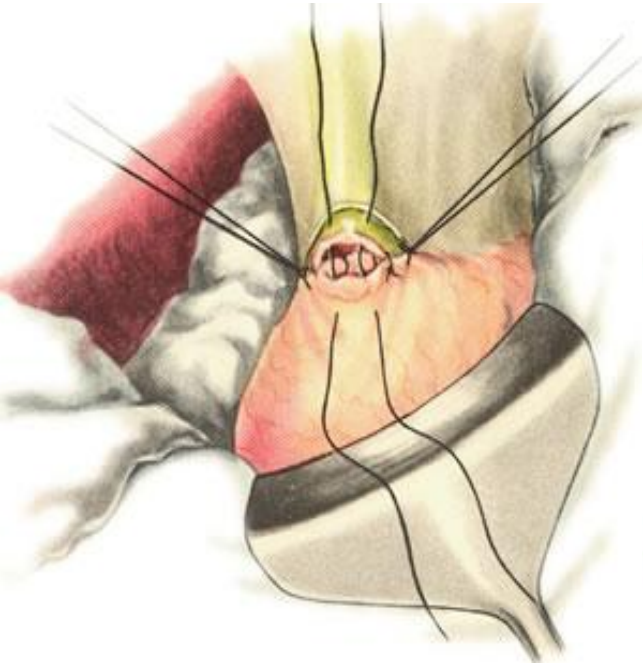
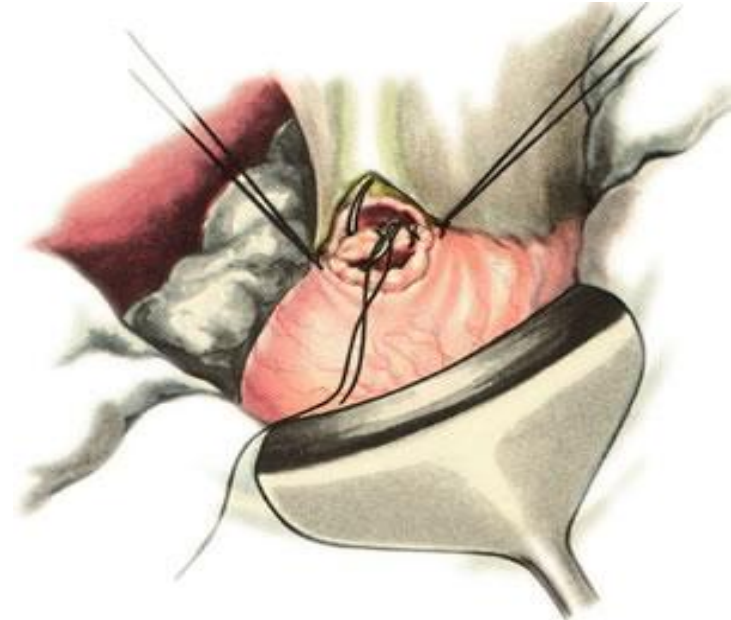
Вид законченного анастомоза



Холедоходуоденостомия



Этапы создания
анастомоза



- Для формирования холедоходуоденоанастомоза наибольшее распространение получили *способы Юраша, Флеркена и Финстерера*. Принципиальное отличие их состоит в выборе направления разреза общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки. Ширина анастомоза должна быть не менее 2 см, так как в послеоперационном периоде происходит рубцовое его сужение на 1/2 его первоначальной величины. Формирование анастомоза рационально производить двухрядным узловым швом, используя для этого рассасывающие нити (*викрил, даксон, полисорб, максон* и др.) на атравматической игле.

- Операции на желчном пузыре и желчных протоках, производимые при остром холецистите и его осложнениях, должны заканчиваться дренированием брюшной полости. Тампоны следует вводить при околопузырном абсцессе и невозможности остановить кровотечение из печени в области ложа пузыря. При абсцессе тампон подтягивают на 4-5 и удаляют на 9 день. В случае кровотечения тампон в ложе пузыря устанавливают с гемостатической целью, его удаляют на 4-5 день после операции.

Спасибо за внимание.