

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ЗОВНІШНИМИ ЖОВЧЕВИМИ НОРИЦЯМИ

Копчак В.М., Хомяк І.В., Сердюк В.П., Крестянов М.Й.

Інститут клінічної та експериментальної хірургії АМН України, м.Київ

За останні 20 років в клініці під нашим спостереженням знаходилось 254 хворих з зовнішними норицями жовчевих проток.

У всіх 254 хворих зовнішні жовчеві нориці виникли після перенесених раніше операцій на жовчовивідній системі або органах гепатопанкреатодуоденальної зони, з яких в 90,2% спостережень виконувалась холецистектомія.

Таким чином, у переважної більшості хворих зовнішні нориці жовчевих проток виникли внаслідок неусунення непрохідності магістральних жовчевих проток чи їх ятрогенного пошкодження під час первинного оперативного втручання.

Основними методами діагностики зовнішних жовчевих нориць вважаємо рентгеноконтрастну фістулохолангіографію, ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію, а у хворих з норицями на фоні рубцевих стриктур жовчевих проток методику подвійного їх контрастування.

Наявність зовнішньої жовчевої нориці з її ускладненнями ми вважаємо прямим показанням до оперативного втручання. В клініці прооперовано 249 хворих з вказаною патологією. Хірургічна допомога у цієї категорії хворих полягала в усуненні перешкод магістральному жовчевідтоку. Відновлення адекватного жовчевідтоку вважаємо ключовим моментом хірургічного лікування нориць жовчевих проток.

Лікувальну тактику ми визначали з урахуванням характеру, рівня та величини ураження жовчевих проток. Так у хворих з резидуальним холелітіазом та доброякісним стенозом великого сосочка дванадцятипалої кишки методом вибору вважаємо ендоскопічну папілосфінктеротомію. Остання була виконана у 127 (51,00%) хворих, що знаходились під нашим спостереженням. У 95 хворих ця операція була доповнена механічною екстракцією конкрементів, а у 17- механічною літотрипсією.

Холедохолітомія та холедоходуоденостомія були виконані нами в 36 (14,46%) спостереженнях у хворих з холелітіазом і стенозом дистального відділу загальної жовчевої протоки.

У 86 (34,54%) хворих причиною нориці були рубцеві стриктури жовчевих проток. Хірургічне лікування полягало в застосуванні двох типів операції - відновні, з використанням запиральної функції великого сосочка дванадцятипалої кишки, та реконструктивні, що

передбачали створення різного типу білідигестивних анастомозів. Відновні операції були виконані нами тільки у 5 (5,81%) хворих даної групи. У 81 (94,19%) хворих виконані різного типу реконструктивні операції.

38 хворих, що знаходились під нашим спостереженням, оперовано з застосуванням каркасного дренажу. У даних хворих ми застосовували розроблену нами методику безшовного білідигестивного анастомозування з активною ділятацією створених анастомозів за допомогою спеціального пластикового ділятатора, кстрий проводиться в просвіт ішастомозу через канал, утворений каркасним дренажом. Запропонована методика дає можливість добре адаптувати слизові оболонки кишки та жовчевої протоки, а активна ділятація анастомозу дозволяє скоротити строки каркасного дренивання.

У 8 хворих, що знаходились під нашим спостереженням, використанням сітчатого металевого каркасу із біоенертного танталового Дроту.

Надійність запропонованого нами каркасу в плані профілактики стенозування дозволила нам розробити і успішно апробувати в клініці методику відновлення цілісності загальної жовчної протоки шляхом пластики її аутоканинами, зокрема тканинами каналу нориці і пупочною венью на уже згаданому каркасі.

35 хворим анастомози виконали без каркасного дренивання. У даної категорії хворих умови в зоні оперативного втручання дозволяли створити анастомоз шириною не менше як 15 мм. З метою збільшення ширини анастомозу ми, як правило, використовували модифіковану нами методику Нерр. Покращенню умов накладання максимально широкого анастомозу та кращій візуалізації дольових печінкових жовчних протоків сприяло застосування розробленого нами способу накладання білідигестивних анастомозів з дольовими печінковими протоками за допомогою ультразвукового аспіратору. За запропонованим способом оперовано 15 хворих з добрими безпосередніми та віддаленими наслідками.

Аналіз віддалених наслідків лікування в строки від 1 до 8 років після операції показав, що запропонована нами адекватна хірургічна тактика та комплексне лікування хворих з застосуванням розроблених нами методик дозволили добитися позитивних наслідків у 96,6% оперованих хворих.

РЕЗЮМЕ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ВНЕШНИМИ ЖЕЛЧНЫМИ НОРИЦАМИ

Копчак В.М., Хомяк И.В., Сердюк В.П., Крестянов М.Ю.

Анализ отдаленных результатов лечения больных в сроки от 1 до 8 лет после операции показал, что предложенная адекватная хирургическая тактика и комплексное лечение больных с использованием разработанных нами методик позволили достигнуть положительных последствий у 96% оперированных больных.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH OUTER BILIARY STRICTURES

V.M. Kopchak, M. Homiak, V.P. Serdiuk, M.Yu. Krestianov

Analysis of distant results of treatment in terms of 1 to 8 years after operation showed that the proposed adequate surgical tactics and complex treatment of patients with the use of the methodics developed by us allowed to reach positive results in 96% of the operated patients.
