

М. И. Давыдов, М. И. Нечушкин, Е. С. Макаров

**ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ
МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ
ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУРАХ
ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА**

НИИ клинической онкологии

Основными причинами, вызывающими доброкачественные стриктуры магистральных желчных протоков, являются ятрогенные повреждения гепатикохоледоха и первичный склерозирующий холангит. Хирургическая коррекция высоких стриктур гепатикохоледоха представляет определенные технические трудности. В РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН применен оригинальный способ реконструкции магистральных желчных путей у больной с ятрогенным повреждением общего печеночного протока.

Больная Д., 59 лет, поступила в РОНЦ им. Н. Н. Блохина 08.07.96 с диагнозом: желчнокаменная болезнь, состояние после холецистэктомии, механическая желтуха, обусловленная послеоперационной рубцовой стриктурой общего печеночного протока, состояние после наружного дренирования общего печеночного протока в 1995 г.

Считает себя больной с 01.05.95, когда внезапно, без болевого синдрома появилась и стала нарастать желтушность кожных покровов. Госпитализирована в клинику Еревана, где 16.05.95 выполнены холецистэктомия, установка наружного дренажа для оттока желчи в общий печеночный проток в связи с обтурацией общего желчного протока,

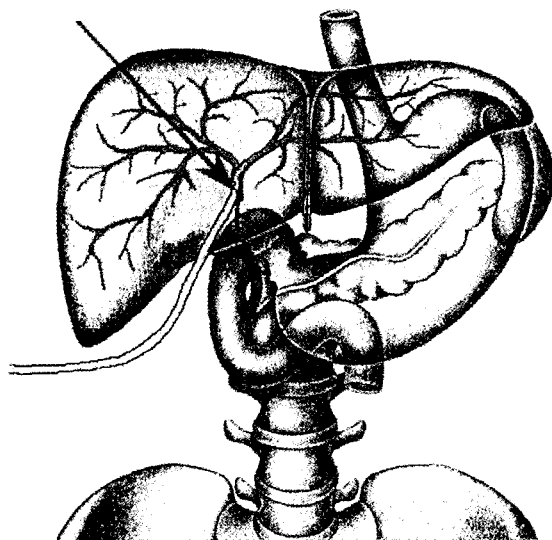


Рис. 1. Катетер в общем печеночном протоке. Показано стрелкой.

Fig. 1. The catheter in the common hepatic duct. Shown with an arrow.

M.I.Davydov, M.I.Nechushkin, E.S.Makarov

**AN ORIGINAL METHOD TO RESTORE MAJOR
BILIARY DUCTS IN CASES WITH BENIGN
STRICTURE OF PROXIMAL
HEPATOCHOLEDOCHUS**

Institute of Clinical Oncology

Iatrogenic hepatocolledochal lesions and primary sclerosing cholangitis are principal causes of benign strictures of major biliary ducts. Surgical correction of the high hepatocolledochal strictures presents some technical difficulties. An original method to restore major biliary ducts in patients with iatrogenic lesions of the common hepatic duct is applied at the N.N.Blokhin Memorial CRC RAMS.

Patient D., a 59-year old female, was hospitalized to the BMCRC RAMS on 08.07.96 with the diagnosis of cholelithiasis, a history of cholecystectomy and obstructive jaundice due to postoperative corrosive stricture of the common hepatic duct, a history of external drain of the common hepatic duct in 1995.

The patient felt ill on 01.05.95 when increasing skin jaundice appeared suddenly without any pain. The patient was hospitalized to undergo (16.05.95) cholecystectomy and external drain to convey bile to the common hepatic duct due to obturation of the common biliary duct supposedly caused by a tumor (fig.1).

Eight months later the patient underwent second surgery for obstruction of the external drain with replacement of

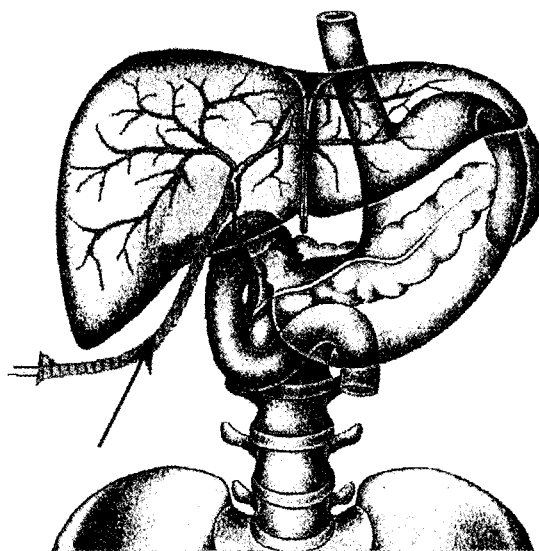


Рис. 2. Сформировавшийся фиброзный канал по ходу катетера. Показано стрелкой.

Fig.2. The fibrous channel along the catheter. Shown with an arrow.

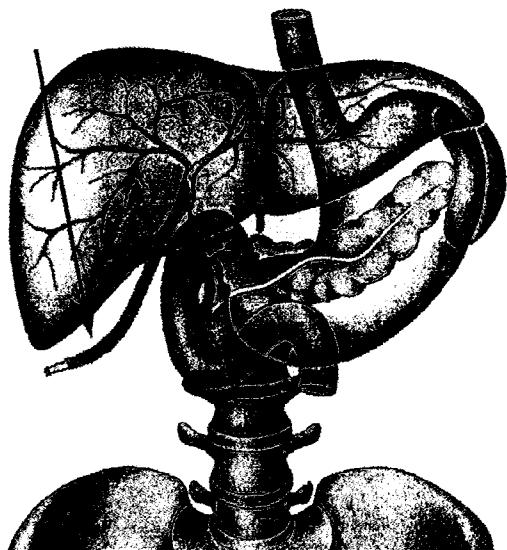


Рис. 3. Фистула отсечена вместе с катетером от передней брюшной стенки.
Показано стрелкой.

Fig.3. The fistula and the catheter are cut from the front abdominal wall.
Shown with an arrow.

возможно, опухолевым процессом (рис. 1). Спустя 8 мес выполнена повторная операция в связи с обструкцией наружного дренажа. Произведена замена дренажной трубки. Больная направлена в РОНЦ для обследования и лечения.

При поступлении выявлен блок на уровне общего печеночного протока. Данных, подтверждающих опухолевое поражение печени, не получено. Интраоперационно: в области ворот печени массивный спаечный процесс. Выделен холедох, визуально и пальпаторно в холедохе и головке поджелудочной железы опухоли не найдено. Желчный пузырь отсутствует. В области ворот печени выраженный рубцовый процесс. Дренажная трубка находится в проксимальном отделе общего печеночного протока. По ходу катетера в брюшной полости прослеживается до передней брюшной стенки сформировавшийся свищевой ход (рис. 2). Вскрыт холедох, произведено его бужирование. В дистальном направлении буж свободно проходит в двенадцатиперстную кишку, в проксимальном направлении буж не проникает выше общего печеночного протока за счет мощного рубцового процесса в области ворот печени и катетера в общем печеночном протоке. В связи с этим решено сформировать фистулоэнтероанастомоз. Свищевой ход выделен из окружающих тканей, отсечен у боковой стенки брюшной полости, на этом же уровне пересечен установленный в нем катетер (рис. 3). Сформирован анастомоз между существующим свищевым ходом и петлей тощей кишки с оставленным «потерянным» дренажом в просвете свищевого хода (рис. 4). Анастомоз дополнен наложением энтероэнтероанастомоза. Послеоперационный период протекал гладко. На протяжении всего послеоперационного периода биохимические показатели крови оставались в пределах нормы. Больная прослежена в течение двух лет (жива по настоящее время без признаков рецидива механической желтухи).

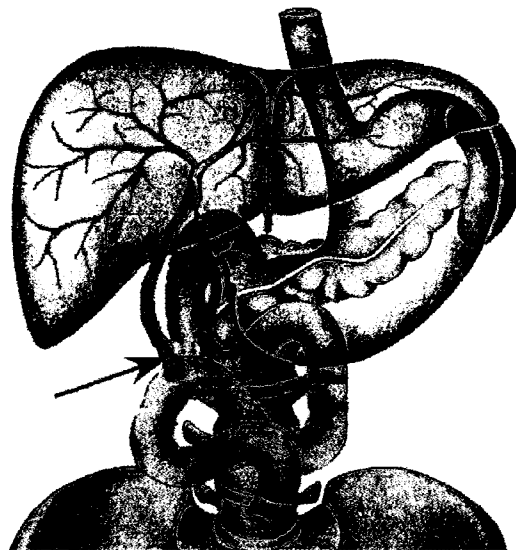


Рис. 4. Сформирован фистулојеуноанастомоз.
Показано стрелкой.

Fig.4. The fistulojejunostomy anastomosis is made.
Shown with an arrow.

the drain tube. The patient was referred to the CRC RAMS for examination and treatment.

At admission the patient presented with a block at the level of the common hepatic duct. No evidence of neoplastic disease of the liver was found. The following intraoperative findings were made. There was a mass stricture in the hepatic portal region. Visual examination and palpation discovered no tumors in the choledochus or head of the pancreas. The bile cyst was absent. There was a marked stricture in the liver portal region. The drain tube was in the proximal segment of the common hepatic duct. There was a fistula channel along the catheter in the abdomen up to the front abdominal wall (fig.2). The choledochus was opened and bouginage was performed. The bouge passed freely into the duodenum but failed to pass beyond the common hepatic duct because of a marked stricture in the liver portal region and the catheter in the common hepatic duct. It was decided to make fistuloenteroanastomosis. The fistula passage was freed from the adjacent tissues and cut near the abdominal side wall, the catheter was also cut at the same level. (fig.3). Anastomosis between the existing fistula channel and the jejunal loop was constructed with the «lost» drain in the fistula channel lumen being preserved (fig.4). The anastomosis was supplemented with enteroenteroanastomosis. The patient's postoperative course was uneventful. Biochemical tests were normal during the whole postoperative period. The patient was followed up for 2 years (presently alive free from evidence of recurrent obstructive jaundice).

Поступила 03.09.99 / Submitted 03.09.99