

НОВЫЙ МЕТОД НАЛОЖЕНИЯ ХОЛЕДОХОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА С УКРЫТИЕМ

А.Н. Попов

*Кафедра общей хирургии (зав. — доц. В.Ю. Терещенко)
Казанского государственного медицинского университета*

В связи с увеличением количества оперативных вмешательств на печени, желчных протоках и поджелудочной железе возросло число больных с повреждениями и рубцовыми стриктурами гепатикохоледоха [2, 3, 7], хотя на протяжении многих лет частота таких осложнений остается стабильной и составляет около 0,5% [1]. В связи с этим вопросам восстановления поврежденных желчных протоков было уделено значительное внимание на IV конференции хирургов-гепатологов, которая состоялась в г. Туле в октябре 1996 г.

Проподимость пересеченных или иссеченных протоков не всегда удается восстановить конец-в-конец, поэтому часто применяемым вариантом реконструктивной операции является наложение билиодигестивного анастомоза. При всех способах билиодигестивных анастомозов и их модификациях (и в этом их сходство) накладывается однорядный, с последующей, если возможно, перитонизацией окружающими или заимствованными тканями шов, сопоставляющий края пересеченного протока и тонкой кишки. Известно, что любой анастомоз с наложением краевого сопоставляющего шва подвергается рубцеванию, а следовательно, и сужению. Сужение и без того малого диаметра протока крайне нежелательно. Нами был предложен холедохоэнтероанастомоз с укрытием, который в значительной степени должен быть лишен этого недостатка.

Аналогами изобретения являются терминологические соустья между желчным протоком и тощей либо двенадцатиперстной кишкой, которые могут быть наложены как с отключенной по методу Брауна или Ру, так и с неизолированной петлей кишки. Необходимость создания путей внутреннего отведения

желчи возникает при новообразованиях, поражающих желчные протоки, желчных камнях, рубцовых сужениях желчных протоков.

Анастомоз, использованный М.К. Камаловым [4], является прототипом предлагаемого соустья. Он формируется путем образования над желчным протоком трубки из кишечной стенки после предварительного наложения серозно-мышечных швов между задней стенкой холедоха и кишкой. Усовершенствованный И.А. Котовым и М.А. Турадалиевым [5] данный анастомоз наиболее близок к тому, который накладывают предлагаемым способом. Однако он имеет определенные недостатки. Наложение анастомоза является сложным, требует высокой квалификации и опыта хирурга, приводит к ощутимой травматизации желчного протока и кишечной стенки.

Целью настоящей работы было создание арефлюксного, надежного и простого в исполнении билиодигестивного соустья.

Желчный проток, мобилизованный на протяжении 1,5 см, пересекали косо либо Т-образно. Поперечный разрез на тощей кишке наносили ближе к брыжеечному краю. Для удобства желчный проток брали на лигатуру-держалку (рис. 1). Анастомоз накладывали на управляемом дренаже, который выводили через стенку кишки и в последующем на кожу. Первый шов накладывали между стенкой желчного протока и кишкой, затем холедох последовательно, по всему периметру вшивали в кишку и после этого производили укрытие: завязывали серозно-мышечный шов на противобрыжеечном крае кишки с таким расчетом, чтобы при затягивании возникла муфта, умеренно сдавливающая ткани, без нарушения в них кровотока (рис. 2). Расстояние между соединяемыми точ-

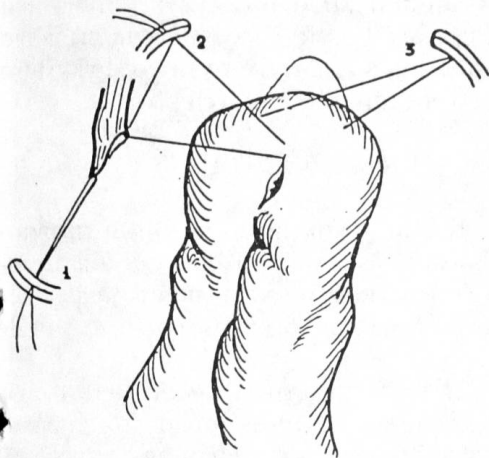


Рис. 1. Подготовленные для соединения петля кишки и желчный проток: 1 — лигатура-держалка, 2 — первый шов анастомоза, 3 — заранее наложенная лигатура для укрытия.

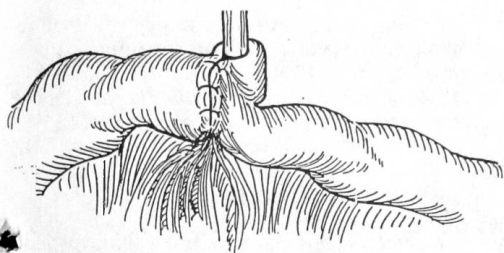


Рис. 2. Анастомоз, укрытый стенкой кишки.

ками зависит от диаметра и толщины стенки кишки (оно обычно равно 2 см). Остальные швы (их, как правило, 1—3) накладывали после завязывания первого на расстоянии около 1 см друг от друга также с умеренным сдавливанием тканей. Последним швом веерообразно захватывали передний листок брюшины брыжейки. После затягивания всех швов возникала шпора, препятствовавшая прохождению кишечного содержимого через область анастомоза, поэтому для восстановления пассажа как можно ближе к первому соустью (чтобы избежать образования слепого мешка) накладывали межкишечный анастомоз Брауна (рис. 3).

Сопоставительный анализ заявленного решения с прототипом показал, что предлагаемый способ отличается от известного тем, что, во-первых, используется простой, но надежный метод укрытия соустья, во-вторых, исключается пассаж химуса через зону анастомоза, в-третьих, образуется шпора,

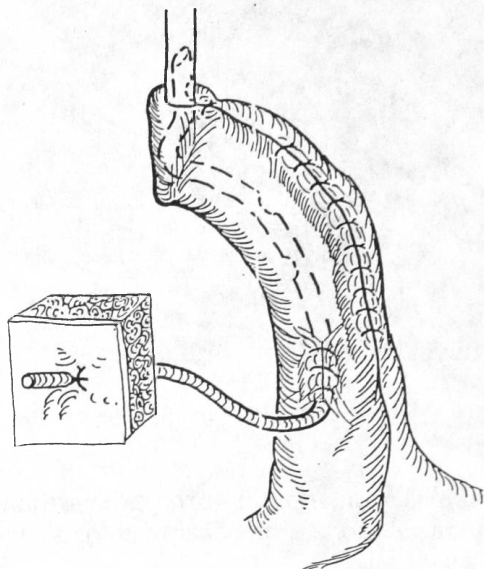


Рис. 3. Общий вид анастомоза.

препятствующая рефлюксу кишечного содержимого в желчные пути, поскольку желчный проток открывается на ее гребне, а внутрикишечное давление способствует его смыканию. Заявленный способ представляет собой единый комплекс, состоящий из билиодигестивного соустья и мышечного анастомоза по Брауну.

Известно много методов изоляции кишечника для создания билиодигестивных соустьев. Все они предусматривают выключение довольно большого сегмента (до 100 см) тонкой кишки [6] в целях предупреждения рефлюкса. Заявленный способ предполагает выключение как можно меньшего сегмента кишки для предупреждения образования слепого поданастомозного мешка в приводящей петле.

С целью изучения предлагаемого способа произведена экспериментальная работа на 30 беспородных кошках. Контрольной группой служили 10 животных, которым холедохоэнтероанастомоз создавали по общепринятому методу. Подопытной группе из 20 особей накладывали холедохоэнтероанастомоз с укрытием. Животным из обеих групп проводили рентгенографию желудочно-кишечного тракта, биохимический анализ крови, микробиологическое исследование желчи.

Через 1—7 месяцев были изучены макро- и микропрепараты печени, раз-



Рис. 4. Микропрепарат анастомоза через один месяц. $\times 200$.

личных отделов тонкого кишечника, места холедохоэнтероанастомоза, желчного пузыря.

Через месяц после создания анастомоз выглядел следующим образом (рис. 4); толстая собственная пластинка холедоха переходила без отчетливых границ в подслизистую тощей кишки, причем продуктивные очаги были минимальными. Имели место небольшие периваскулярные очаги гистиоцитов и фибробластов по 3—6 клеток, сливавшиеся с гиперхромными клетками перителлия венул и капилляров. Слизистая холедоха отличалась неравномерной невысокой складчатостью, эпителий был однослойным цилиндрическим. Пигмент в нем отсутствовал, бокаловидные клетки были редкими. Мышечные волокна холедоха без особенностей. В анастомозе какой-либо патологии, кроме очагового отека, не отмечалось.

Из 20 прооперированных животных с наложенным холедоходуоденоанастомозом 18 животных выглядели вполне удовлетворительно и были эвтаназированы на указанных сроках. Двое животных умерли от заболеваний, не связанных с операциями. Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперст-

ной кишки животных перед эвтаназией на сроках 1, 3 и 5 месяцев не выявило рефлюкса в желчные пути содержимого тонкой кишки.

ВЫВОДЫ

1. При функционировании предложенного нами холедохоэнтероанастомоза с укрытием не возникает рефлюкс кишечного содержимого в желчные пути.

2. Предложенный вид анастомоза может быть рекомендован для апробации в клинических условиях при необходимости выполнения реконструктивных операций на желчных путях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артемьева Н.Н. *Анналы хирургической гепатологии. Материалы IV конференции хирургов-гепатологов.* — 1996. — Т. 1. — С. 269.
2. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Караголян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. — М., 1982.
3. Данилов М.Ф., Вишневецкий В.А., Тогоидзе Н.А.// *Хирургия.* — 1970. — № 4. — С. 62—69.
4. Камалов М.Х.// *Хирургия.* — 1960. — № 4. — С. 72—76.
5. Котов И.А., Турадалиев М.А.// *Хирургия.* 1982. — № 5. — С. 90.
6. Краковский А.И.// *Хирургия.* — 1982. — № 1. — С. 4—9.
7. Vega D.S., Diaz M.J., Martinez C., Tamames S.// *Rev-Esp-Enferm.*— 1989. — Vol. 75 (4). — P. 367—373.

Поступила 13.03.97.

NEW METHOD OF THE APPLICATION OF CHOLEDOCHOENTEROANASTOMOSIS WITH PROTECTION

A.N. Popov

Summary

The new method of the formation of biliodigestive anastomosis without the basic defect of existing methods of the surgical intervention — regurgitation of enteric contents with the following development of ascending cholangitis is proposed. The type of anastomosis proposed is recommended for the approbation in clinical conditions for reconstructive operations of biliary tracts.