

ЕЮНОПЛАСТИКА ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

А.В.Шкрадюк, С.В.Березовский

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии (зав. – д.м.н. Т.А.Фоминых) Крымского государственного медицинского университета им. С.И.Георгиевского, г. Симферополь

Повторные оперативные вмешательства на желчных путях составляют особый раздел абдоминальной хирургии. Трудности и опасности достигают максимума при лечении больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков. Сложность хирургической коррекции адекватного желчеоттока возникает вследствие ряда объективных причин. Нарушенные анатомо-топографические соотношения предыдущими оперативными вмешательствами, спаечный процесс, необходимость манипулировать в глубине подпеченочного пространства значительно усложняют технику реконструктивных вмешательств. Длительная желтуха, гнойный холангит, явления печеночной недостаточности существенно влияют на исход оперативных вмешательств, значительно увеличивая число летальных исходов. Несмотря на успехи оперативного лечения механических желтух, их результаты не могут полностью удовлетворить хирургов, прежде всего из-за высокой послеоперационной летальности (10-15%) [1-3]. На сегодняшний день нет единой обоснованной и общепринятой доктрины в "желчной" хирургии по поводу выбора того или иного способа выполнения реконструктивно-восстановительного вмешательства при доброкачественных рубцовых сужениях желчных протоков. В арсенале средств хирургической коррекции имеется ряд методик с использованием сегмента кишки на сосудистой ножке, однако при анализе научных публикаций мы столкнулись с недостатками предлагаемых методик, которые в значительной степени обесценивают результаты операций [4]. Суть предложенных методик заключается в использовании выключенной по Ру петли тощей кишки, которая анастомозируется с общим желчным протоком (ОЖП). Экспериментальные и клинические исследования показали, что

шунтирование физиологического оттока желчи из печени чревато развитием язв двенадцатиперстной кишки (ДПК), частота которых зависит от расстояния физиологического места впадения ОЖП. Клинически описан "синдром низкого отведения желчи", для которого характерны: упорный понос, метеоризм, гипотрофия, астения. Таким образом, анастомозирование сегмента кишки с ДПК позволит совмещать достоинства гепатикодуодено- и гепатикоюностомии и исключить присущие им недостатки.

Нами предложен способ хирургической коррекции рубцовой стриктуры ОЖП с использованием антиперистальтично выкроенного сегмента кишки на сосудистой ножке.

Материал и методы. Экспериментальная часть работы выполнена на беспородных собаках массой 8-15 кг. Под кетамин-тиопенталовым наркозом выполняли верхнесрединную лапаротомию. Обнажали ОЖП и перевязывали как можно ближе к ДПК. Лапаротомную рану послойно ушивали. Цель подобного вмешательства – более точно воссоздать картину стриктуры (обтурации) ОЖП, вызвать явление механической желтухи. Через 10-12 дней выполняли релапаротомию и осуществляли реконструкцию ОЖП по предложенной методике. После ревизии и установления топографо-анатомических соотношений выкраивали сегмент тощей кишки на сосудистой ножке и располагали его антиперистальтично относительно ДПК. Обрабатывали культю кишки механическим швом с использованием УО-40 и погружением в два полукисетных серозно-серозных шва. Можно также использовать и другие способы обработки культи кишки, однако следует отдать предпочтение методикам, после использования которых не образуется массивный инвагинат внутреннего цилиндра кишки. Далее формировали холедохоеюностому. Культю ОЖП подшивали несколькими боковыми швами к серозной поверхности кишки, используя при этом атравматичный шовный материал (викрил, пролен), затем конец протока

фіксували к передній стенке кишки с помощью 2-3 серозно-серозных швов, вскрывали просвет кишки разрезом длиной 1 см, кетгутом прошивали заднюю стенку протока и задний край разреза тонкой кишки. Культю протока погружали в просвет кишки, передней стенкой разреза кишки укрывали линию анастомоза при помощи серозно-серозных швов. Далее формировали инвагинационный еюнодуоденоанастомоз "конец в бок" двумя рядами капроновых швов. Ушивали дефекты в брыжейке, фиксировали к париетальной брюшине сосудистую ножку выкроенного трансплантата. Санировали брюшную полость раствором фурацилина, инъецировали корень брыжейки 0,25% раствором новокаина и послойно ушивали брюшную полость. Через сутки после операции животным разрешалось пить; со 2 суток – давали жидкую пищу, а с 3 – переводили на обычный рацион.

Результаты исследования и их обсуждение. По данной методике прооперировано 10 животных. Животные в разные сроки (7, 14, 20, 28, 56 и 120 дней) после операции были выведены из эксперимента путем внутривенного введения летальной дозы тиопентала натрия. На аутопсии изучали макро- и микроскопические изменения, возникшие в послеоперационном периоде. Заживление билиодигестивного анастомоза во всех сроках наблюдения протекало по типу первичного натяжения и не сопровождалось какими-либо особенностями морфологии.

Литература

1. Старосек В.Н., Гринческу А.Е, Влахов А.К. Варианты восстановления желчеоттока при выполнении реконструктивной и восстановительной операции на желчных протоках // *Клін. хірургія.* – 2004. – № 3. – С. 8-10.
2. Кузьменко А.Е. Хирургическое лечение больных с повреждением и рубцовой стриктурой желчных протоков // *Клін. хірургія.* – 2000. – № 7. – С. 27-28.
3. Молярчук В.Н., Пауткин Ю.Ф., Климов А.Е. и др. Лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков // *Вестн. РУДН.* – 2002. – № 3. – С. 69-74.
4. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е. и др. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – К.: Здоровье, 1993. – 512 с.

ЄЮНОПЛАСТИКА ПРИ РУБЦЕВИХ СТРИКТУРАХ СПІЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ

А.В.Шкрадюк, С.В.Березовський

Резюме. Авторами запропонований метод корекції рубцевої стриктури спільної жовчної протоки з використанням сегмента кишки на судинній ніжці. Експериментальні дослідження підтвердили достатню ефективність методу, що дозволяє рекомендувати його для підтвердження в клінічній практиці.

Ключові слова: спільна жовчна протока, стеноз, єюнопластика, експеримент.

При макроскопических исследованиях зоны анастомоза на 7 и 14 сутки отмечался стаз желчи с явлением отека и имбибирование слизистой кишки желчью, которые исчезали на 20 сутки. Микроскопически в этот срок отмечался отек, полнокровие сосудов, гиперсекреция слизистой. Явлений рефлюкса кишечного содержимого в желчные пути не зарегистрировано. Явления холестаза в печени находились в прямой зависимости от срока эксперимента и полностью исчезали к 120 дню наблюдения. При заполнении ДПК водой, подкрашенной метиленовой синью, инвагинационный анастомоз функционировал полноценно.

Вывод. Отсутствие явлений рефлюкса в желчные пути энтерального содержимого, а также динамическое уменьшение явлений холестаза служат подтверждением эффективности предложенного метода холедохоеюнопластики.

Перспективы научного поиска. В дальнейшем целесообразно более детально изучить морфологические параметры, биохимические показатели (маркеры холестаза, ферменты печени и др.), провести сравнительное изучение разных способов хирургической коррекции желчеоттока, а также апробировать данный метод в условиях клиники.

JEJUNOPLASTY IN CORROSIVE STRICTURES OF THE COMMON BILE DUCT

A.V.Shkradiuk, S.V.Berezovs'kyi

Abstract. The authors have proposed a technique of correcting a corrosive stricture of the common bile duct, employing an intestinal segment on a vascular peduncle. The experimental studies have corroborated a sufficient efficacy of this procedure, enabling to recommend it to be introduced into clinical practice.

Key words: common bile duct, stenosis, jejunoplasty, experiment.

S.I.Georgijevskyi Crimean State Medical University (Simferopol)

Надійшла в редакцію 02.06.2005 р.