

Терминолатеральный холедоходуоденоанастомоз как метод окончания холедохотомии

С. А. Теремов
Хирургическое
отделение (зав.- В.П.
Градусов) городской
больницы № 35,
Нижний Новгород

Представлена модификация формирования терминолатерального холедоходуоденоанастомоза (ХДА). Соустье накладываются прецизионными узловыми швами, при этом в шов захватывают слизисто-подслизисто-мышечные слои с выколом в край серозной оболочки.

Оперированы 92 больных (1987-1996 гг.), из них у 77 выполнены первичные операции, у 15 - повторные. В раннем послеоперационном периоде умерла 1 больная от печеночно-почечной недостаточности.

Терминолатеральный ХДА является методом выбора при прогрессирующем рефлюкс-холангите после ранее наложенного латеро-латерального соустья. Применение прецизионного шва снижает риск рубцового стенозирования терминолатерального ХДА.

End-to-Side Choledochoduodenostomy as a Method of Completion after Choledochotomy

S. A. Teremov
Department of
Surgery (director -
V.P. Graclusov),
Hospital No. 35,
Nizny Novgorod

The study investigates the efficacy of a modified end-to-side choledochoduodenostomy (CDA). The walls of the duct and duodenum are approximated using a precision suturing techniques; in this instance each suture passes of plain mucousal, submucousal and muscular layers until a serosa clime prickout.

92 patients underwent surgical treatment between 1987 and 1996 years; 77 of them underwent primary and 15 patients underwent secondary operations. One patient dead in a short postoperative period because of hepato-renal insufficiency. The authors conclude that end-to-side CDA is a method of choice in patients with progressive refluxe-cholangitis after side-to-side CDA in history. Using a precision suturing techniques end-to-side CDA may be performed safely without any risk of its cicatricial stricture.

Несмотря на рост плановых операций в последние годы, осложненные заболевания желчного пузыря и желчных протоков встречаются достаточно часто в виде деструктивного холецистита, механической желтухи, холангита, панкреатита, достигающих в старшей возрастной группе 30-45% [7].

Внедрение в клиническую практику новых высокоинформативных методов инвазивной и неинвазивной дифференциальной диагностики желтухи, а также применение эндоскопических методов декомпрессии желчных путей позволило значительно улучшить результаты лечения механической желтухи, снизить летальность.

В современных условиях к оперативной холедохотомии по разным причинам прибегают реже, главным образом в случаях интраоперационной диагностики холедохолитиаза, а также после неудачных попыток произвести эндоскопическую папиллосфинктеротомию и извлечь конкременты размером 2 см и более.

Методом окончания холедохотомии, по-прежнему, остаются первичный шов, наружное дренирование, папиллосфинктеротомия, холедоходуодено- и энтеростомия. Показания к этим вариантам разноречивы и большинство хирургов в разных ситуациях применяет все эти методы.

Показанием к наложению холедоходуоденоанастомоза (ХДА) в настоящее время считается тубулярный стеноз общего желчного протока на протяжении 2.5 см и более при отсутствии дуоденостаза [4, 10, 11], а также множественный холедохолитиаз. Существуют разные методы ХДА (супрадуоденальный, трансдуоденальный, терминолатеральный и другие). О недостатках

широко распространенного в хирургической практике супрадуоденального ХДА сказано выше. В основном, эти осложнения чаще всего являются причиной неудовлетворительных отдаленных результатов, которые составляют 5.4%—9.8% [6, 7, 9].

Наиболее тяжелым осложнением позднего послеоперационного периода является рубцовое сужение ХДА.

По данным А.А. Шалимова, причиной рубцевания ХДА является воспалительный процесс, возникновение которого связано с наличием "слепого" мешка. Острый гнойный и хронический рецидивирующий холангит осложняет течение рубцовой стриктуры соустья у 92% больных [10].

Терминалатеральный холедоходуоденоанастомоз (ТЛ ХДА) не отягощен недостатком супрадуоденального ХДА:

- 1) нет "остаточного мешка с камнями и "замаской";
- 2) нет заброса и продолжительного стаза дуоденального содержимого в вышележащих отделах желчевыводящих путей с развитием рефлюкс-холангита;
- 3) нет натяжения и деформации двенадцатиперстной кишки, неизменно возникающих при наложении традиционного супрадуоденального соустья.

Говоря о строгих показаниях к ТЛ ХДА, следует подчеркнуть необходимость определенных условий для этой операции, главным из которых следует считать наличие заметно расширенного (1.5 см и более) общего желчного протока с утолщенными фиброзно-измененными стенками, но без "свежей" воспалительной инфильтрации.

В отличие от А.А. Шалимова, считаем наложение терминалатерального анастомоза при узком холедохе противопоказанным.

Впервые терминалатеральный холедоходуо-деноанастомоз выполнил Мауо в 1905 г. В дальнейшем он пропагандировался многими отечественными и зарубежными учеными [2, II, 13].

А. А. Шалимов и другие описывают три варианта ТЛ ХДА:

- сосочковый (Mammanna, 1955 г.) [14];
- по А.А. Шалимову (1975 г.) [12];
- инвагинационный ТЛ ХДА по Я. Д. Витебскому (1967 г.) [2].

Операция Мамманна заключается в поперечном пересечении холедоха на его границе с ретродуоденальным отделом двенадцатиперстной кишки и дополнительном продольном рассечении супрадуоденального отдела холедоха на протяжении 10 мм. За счет этого рассечения путем выворачивания в виде манжета создается сосок, который препятствует дуодено-билиарному рефлюксу.

Я. Д. Витебский рекомендует применять пересечение протока как можно дистальнее и как можно проксимальнее производить выделение его из окружающих тканей. Первый ряд серозно-мышечных швов накладывается между задней стенкой протока (отступя от края 12-20 мм) и двенадцатиперстной кишкой, которую вскрывают в строго поперечном направлении. Второй ряд швов накладывается на стенку холедоха и стенку двенадцатиперстной кишки без захвата ее слизистой оболочки.

Этот метод обладает следующими положительными качествами:

- погружной сегмент холедоха суживается незначительно;
- свободный конец холедоха препятствует рефлюксу, так как, находясь в просвете кишки, образует своеобразный клапан; использование поперечного разреза кишечной стенки создает условия, когда ее перистальтические движения пережимают общий желчный проток и препятствуют попаданию в него кишечного содержимого [1, 10, 11].

Однако при этой методике необходимо мобилизовать большой отрезок холедоха, что нецелесообразно, так как ухудшается кровоснабжение концевой отдела холедоха, и в отдаленном периоде возможно сужение "хоботка" в результате сморщивания (В.В. Виноградов, 1985 г.).

В модификации А.А. Шалимова терминалатеральный холедоходуоденоанастомоз выполняется следующим образом: холедох пересекается в поперечном направлении и отделяется от воротной вены на протяжении 30 мм. Если холедох не расширен или слабо расширен, его задняя стенка расщепляется в продольном направлении на протяжении 10 мм, что способствует увеличению диаметра последующего анастомоза. Дистальную культю холедоха прошивают и перевязывают,

проксимальный конец его низводится так, чтобы он располагался перпендикулярно к передней стенке двенадцатиперстной кишки и соединяется с ней путем наложения серо-серозных швов. После вскрытия просвета кишки накладывают узловые швы через все слои и завязывают их со стороны просвета. Затем накладывают 3-4 серо-серозных шва на переднюю стенку двенадцатиперстной кишки.

Как правило, мы применяем методику А.А. Шалимова с некоторой модификацией. Вначале общий желчный проток выделяется из элементов печеночно-дуоденальной связки. Этот элемент операции содержит определенные трудности, из-за которых ТЛ ХДА, несмотря на явные функциональные преимущества, применяется редко. От хирурга требуется хорошая подготовка и особо деликатная оперативная техника, чтобы не повредить находящуюся рядом воротную вену.

Материал и методы

За период с 1987 по 1996 год в хирургическом отделении больницы № 35 Н. Новгорода оперированы 514 больных, которым произведены вмешательства на общем желчном протоке. По методу завершения холедохотомии они распределились следующим образом: первичный шов холедоха (101 больной); Т-образный дренаж (23); трансдуоденальная папиллосфинктеротомия (172); различные способы ХДА (218). Из этого числа 92 больным (20 мужчин и 72 женщины) в связи с желчной гипертензией и по соответствующим показаниям наложен терминологический холедоходуоденоанастомоз. Возраст больных от 24 до 90 лет, причем 73 были старше 60 лет. Первичная операция произведена 77 больным, повторно оперированы 15.

Техника операции:

1) Холедох берется на держалки и пересекается на уровне верхнего края двенадцатиперстной кишки (рис. 1). Перед ушиванием дистальной части холедоха проводится его ревизия, удаление

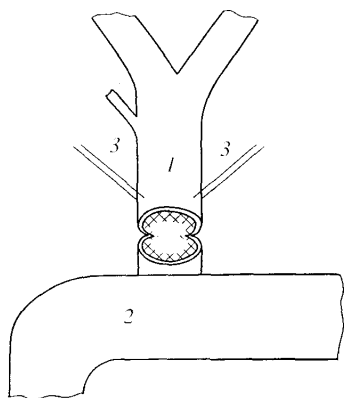


Рис. 1. Холедох взят на держалки и рассечен на уровне верхнего края двенадцатиперстной кишки.
1. Холедох.
2. Двенадцатиперстная кишка.
3. Держалки.

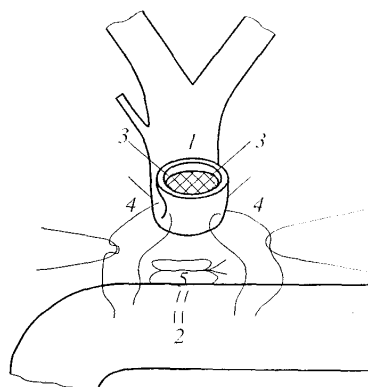


Рис. 2. Проксимальный конец холедоха мобилизован. Наложены узловые серо-серозные швы на заднюю стенку холедоха и стенку двенадцатиперстной кишки.
1. Холедох.
2. Двенадцатиперстная кишка.
3. Держалки на холедохе.
4. Серо-серозные швы.
5. Дистальная культя холедоха.

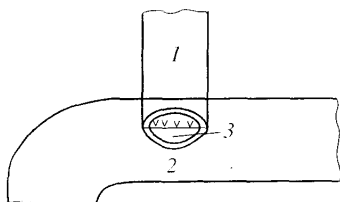


Рис. 3. Наложены швы на заднюю губу анастомоза после дуоденотомии в поперечном направлении. В шов захватывается слизисто-подслизистый слой стенок холедоха и двенадцатиперстной кишки.
1. Холедох.
2. Двенадцатиперстная кишка.
3. Линия узловых швов между холедохом и двенадцатиперстной кишкой на задней стенке анастомоза.

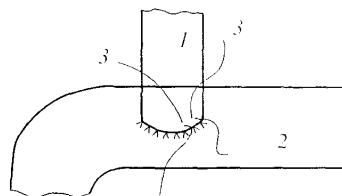


Рис. 4. Наложение второго ряда узловых серо-серозных швов.
1. Холедох.
2. Двенадцатиперстная кишка.
3. Серо-серозные швы на передней стенке анастомоза.

свободнолежащих конкрементов концевой отдела и отмывание замазкообразной массы с целью восстановления проходимости папиллы для панкреатического сока. В тех редких случаях, когда возникает необходимость удаления ущемленных камней терминального отдела холедоха, целесообразно произвести двойное внутреннее дренирование, то есть дополнительно трансдуоденальную папиллосфинктеротомию.

Следует уточнить, что вопрос о целесообразности двойного внутреннего дренирования решается до пересечения холедоха и ревизии его дистального конца после проведения интраоперационной холангиографии с последующим зондированием холедоха.

2) Проксимальный конец пересеченного холедоха выделяется на протяжении 10 мм по всей окружности. Отступя от края 5 мм, накладываются несколько (в зависимости от калибра протока) узловых серо-серозных швов на заднюю стенку холедоха и стенку двенадцатиперстной кишки (рис. 2).

3) Затем, соответственно диаметру проксимального сегмента холедоха, вскрывается просвет двенадцатиперстной кишки в поперечном направлении. Формируется соустье прецизионными узловыми швами с узелками в просвет анастомоза. При этом в шов захватываются слизисто-подслизисто-мышечные слои с выколом и край серозной оболочки (рис. 3).

Использование прецизионного шва для формирования термилолатерального соустья позволяет избежать в последующем резкого сужения анастомоза и возникновения сопутствующего холангита.

4) Второй ряд швов на переднюю губу анастомоза накладывается также узловыми серо-серозными швами (рис. 4).

Результаты и обсуждение

Из 15 больных, которые оперированы повторно, у 5 был резидуальный холедохолитиаз, 5 имели протяженный стеноз терминального отдела холедоха. у 5 больных был рестеноз холедоходуоденального анастомоза. Повторные операции произведены в период от 4 месяцев до 16 лет после первой. В послеоперационном периоде было два осложнения: нагноение раны и подпеченочный абсцесс у больной 80 лет, в связи с чем потребовалась релапаротомия и дренирование абсцесса на 12-е сутки после операции, больная выздоровела. В ближайшем послеоперационном периоде умерла 1 больная 65 лет, оперированная через 9 дней от начала заболевания на высоте резко выраженного холангита и желтухи. Во время экстренной операции обнаружены стеноз ранее наложенного супрадуоденального холедоходуоденоанастомоза, холедохолитиаз, резкая дилатация внепеченочных желчных путей, гнойный холангит, множественные внутривнутрипеченочные абсцессы. Смерть наступила через 28 дней от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности.

Накопленный опыт показал, что термилолатеральный холедоходуоденоанастомоз следует применять по строгим показаниям, поскольку при явных преимуществах перед супрадуоденальным холедоходуоденоанастомозом эта операция связана с определенными техническими трудностями. Этот способ ХДА является методом выбора при прогрессирующем рефлюкс-холангите после ранее наложенного латеро-латерального соустья. Выполнение этой операции предусматривает тщательное соблюдение всех технических элементов, особенно прецизионного шва линии анастомоза.

Список литературы

1. *Виноградов В.В., Зима П.И., Кочичивилч В.И.* 11с-проходимость желчных путей. М.: Медицина. 1977 г.
2. *Витебский Я.Д.* Инвагинационные анастомозы желчных путей с желудочно-кишечным трактом. Клиническая хирургия. 1967. № 9. С. 40-45.
3. *Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Широн А.В.* Доброкачественные стриктуры желчных протоков. Хирургия. 1986. № 10. С. 21-26.
4. *Гиреев Г.И.* Диагностика и лечение холедохолитиаза, осложненного механической желтухой у больных пожилого и старческого позраста // Вестник хирургии. 1993. № 4. С. 48-49.

АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ, 1998, том3, № 1, С. 80-83.

5. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М.: Медицина. 1990 г.
6. Лукичев О.Д., Ившин В.Г., Старченко Г.А., Королев В.М., Якунин А.Ю., Улокин В.В. Диагностика и лечение механической желтухи // Хирургия. 1990. №1. С. 10-14.
7. Панцырев Ю. М., Лагунчик Б.П., Ноздрачев В.И. Хирургическое лечение острого холецистита, осложненного перитонитом, у больных пожилого и старческого возраста. Хирургия. 1990. № 1. С. 6-10.
8. Поспеев А.И., Феодосиди Г.Х., Лобачев С.Г. Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия в лечении желчнокаменной болезни. Материалы Всероссийской конференции хирургов. Ессентуки. 1994. С. 76-78.
9. Родионов В.В., Могучев В.М., Плюснин Б.И. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с камнями желчных протоков. Хирургия. 1990. №1. С. 14-18.
10. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Копчак В.М., Скумс А.В. Дифференциальная диагностика и лечебная тактика при неопухоловой механической желтухе и холангите. Хирургия. 1993. №1. С. 13-17.
11. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков. Киев: Здоровья. 1993.
12. Шалимов А.А., Доманский Б.И., Клименко Г.А., Шалимов С.А. Хирургия печени и желчных протоков. Киев, 1975.
13. Champreau M. Chirurgie des voies biliaires de l' adulte et du nourrisson. Paris, 1952.
14. Mammata C.Z. Comment eviter le reflux dans les anastomoses biliodigestives // J. Chir. 1955. V. 71. P. 310-395.