

18. Klotz, I. M. Rational approaches chemotherapy : antisickling agents / I. M. Klotz, D. N. Haney, L. C. King // Science. – 1981. – Vol. 14, № 213. – P. 724–731.
19. Maier, R. F. Umbilical venous erythropoietin and umbilical pH in relation to morphologic placental abnormalities / R. F. Maier, A. Gunther, M. Vogel et al. // Obstet. Gynecol. – 1994. – № 84. – P. 81–87.
20. Malek, A. Lack of transport of erythropoietin across the human placenta as studied by an in vitro perfusion system / A. Malek, R. Sager, K. U. Eckhart et al. // Pflugers Arch. – 1994. – Vol. 427, № 5. – P. 157–161.
21. Nikulina, D. M. Embryonic and fetal Hemoglobins are not only Indicators of Hypoxia, but also possibly additional Markers in Monitoring Patients with Hemoblastosis / D. M. Nikulina, Y. A. Kriventcev, R. A. Bisalieva et al. // Tumor Biology. – 2010. – Vol. 31, № 1. – P. 43–44.
22. Perutz, M. F. Molecular Anatomy, Physiology, and Pathology of Hemoglobin. Molecular Basis of Blood Diseases / M. F. Perutz; Ed. C. Stamatagayanopoulos. – Philadelphia : Saunders, 1987. – 421 p.

Кривенцев Юрий Алексеевич, доктор медицинских наук, доцент кафедры биохимии с курсом клинической лабораторной диагностики, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-53-21, e-mail: rabbit1630@mail.ru.

Бисалиева Рината Альбкалиевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры биохимии с курсом клинической лабораторной диагностики, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-53-21, e-mail: Rinabis@mail.ru.

Иванов Павел Александрович, старший преподаватель кафедры биохимии с курсом клинической лабораторной диагностики, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-53-21, e-mail: Dimax@astranet.ru.

УДК 616.367-006-089

© М.А. Топчиев, А.В. Астахин, М.А. Магомедов, 2012

М.А. Топчиев, А.В. Астахин, М.А. Магомедов

МЕТОД НАЛОЖЕНИЯ БИЛИОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Рассмотрены дренирующие операции при доброкачественных поражениях общего желчного протока. Данные поражения остаются одними из частых патологических состояний панкреатодуоденальной зоны. Представлены основные методы хирургической коррекции. Отмечено, что оперативные пособия не всегда приводят к желаемым результатам в связи с патологическими состояниями, возникающими после операции. Поэтому вопрос хирургического лечения патологии магистральных желчных протоков продолжает оставаться в центре внимания хирургов.

Ключевые слова: доброкачественные поражения общего желчного протока, механическая желтуха, билиодигестивный анастомоз.

М.А. Topchiev, A.V. Astakhin, M.A. Magomedov

THE METHOD OF APPLICATION BILIODIGESTIVE ANASTOMOSIS IN BENIGN LESIONS OF OUT-LIVER BILE DUCTS

The drain operations in benign lesions of common bile duct were studied. These benign lesions remained one of the frequent pathological conditions of pancreatoduodenal area. The main methods of surgical correction were presented. It was pointed out that operative manipulations did not always lead to desired results according to the pathological conditions after the operation. The question of surgical treatment biliary ducts pathology was on the focus of surgeons.

Key words: benign lesions of common bile duct, jaundice, biliodigestive anastomosis.

Доброкачественные поражения общего желчного протока остаются одними из частых патологических состояний панкреатодуоденальной зоны. По данным литературы, в последние годы во всем

мире отмечается неуклонное увеличение числа пациентов с заболеваниями панкреатодуоденальной зоны, внепеченочных желчных протоков, которые сопровождаются развитием механической желтухи. Поэтому неудивительно, что вопрос хирургического лечения патологии магистральных желчных протоков в настоящее время находится в центре внимания многих ученых и практических хирургов.

Существующие методы хирургической коррекции не всегда приводят к желаемым результатам, поэтому продолжается поиск более эффективных оперативных приемов. Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных и эндоскопических методов декомпрессии билиарного тракта при лечении пациентов с прогрессирующим течением механической желтухи, зачастую единственным способом помочь больному является формирование обходных билиодигестивных анастомозов, направленных на отведение желчи. В частности, при множественном холедохолитиазе, протяженных стриктурах терминального отдела общего желчного протока, при выполнении повторных реконструктивных операций на билиопанкреатодуоденальной области используются различные способы внутреннего дренирования билиарного тракта [19, 21].

Однако основным видом хирургического лечения доброкачественных поражений внепеченочных желчных путей, по данным разных авторов, является создание билиодигестивного анастомоза [1, 14, 24]. Так, по данным В.М. Копчака (2004), В.В. Мамонтова (1990), С.А. Теремова (1999) и других, оперативные вмешательства при доброкачественном поражении внепеченочных желчных протоков в 15–30 % случаев заканчиваются наложением обходных билиодигестивных анастомозов [11, 15, 20]. При злокачественном поражении органов гепатопанкреатодуоденальной зоны количество этих операций увеличивается до 50–84 % [18]. По данным J. Sicklik и соавт. (2005), только 20 % больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков удастся выполнить малоинвазивные вмешательства, остальные 80 % нуждаются в хирургическом лечении [25].

Наиболее распространенным хирургическим вмешательством является наложение различных видов широкого билиодигестивного анастомоза. При этом предпочтение отдают холедоходуоденоанастомозу и гепатикодуоденоанастомозу, а при протяженной или высоких стриктурах – гепатикоеюноанастомозу с выключенной из пассажа по Ру или по Брауну тонкой кишкой, которые при соответствующих показаниях дополняют каркасным дренажом [3, 9, 17].

Наиболее часто применяется супрадуоденальная холедоходуоденостомия (СДХДС). Среди различных технических вариантов СДХДС, осуществляемой по принципу бок в бок, наиболее распространенными являются классические методы Финстерера, Флеркена, Сассе и Юраша-Виноградова. Различие их – в направлении рассечения общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки, их соединений. По Финстереру холедоходуоденостомия сводится к наложению соустья между продольно вскрытыми просветами общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки. По Флеркену делают продольные разрезы на протоке и двенадцатиперстной кишке, при этом разрез протока должен находиться на середине разреза двенадцатиперстной кишки. Наибольшее число сторонников находит методика Юраша-Виноградова, когда выполняется продольный разрез на протоке и поперечный на двенадцатиперстной кишке. Холедоходуоденостомию по Сассе производят на границе супрадуоденальной и ретродуоденальной частей общего желчного протока с продольным разрезом на общем желчном протоке и поперечным на двенадцатиперстной кишке.

Классические варианты билиодигестивных анастомозов предполагают свободное сообщение печеночного дерева с различными отделами желудочно-кишечного тракта, в результате чего изменяется ритм желчеотделения и создаются условия для затекания пищевых масс в желчные протоки с развитием холангиогенной инфекции, стриктур сформированных соустьев и прогрессированием билиарного цирроза печени [2, 5, 12, 21]. Формирование билиодигестивных анастомозов ведет к развитию в ближайшие и отдаленные сроки рефлюкс-холангита у 1,5–22,4 % больных и рубцеванию сформированных желчно-кишечных анастомозов в 8,4–28,3 % случаев [10, 22]. Неудовлетворительные результаты после применения билиодигестивных анастомозов при нарушении проходимости терминального отдела общего желчного протока или большого дуоденального сосочка составляют от 7,2 до 36,3 % [13, 16, 23].

Реже применяется супрадуоденальная холедохоеюностомия (СДХЕА), преимущественно при повторных и реконструктивных операциях на желчных протоках, хотя отдельные хирурги предпочитают эту операцию во избежание дуоденобилиарного рефлюкса. Различают два вида этого анастомоза: на выключенной петле по Ру и на кишечной петле с межкишечным анастомозом по Брауну и заглушкой приводящей петли по Шалимову. Лучшим считается анастомоз на выключенной петле тонкой кишки по Ру [4]. Данный тип реконструкций практически исключает возможность развития гнойного холангита на почве дигестивнобилиарного рефлюкса [6], но лишь в тех случаях, когда дли-

на выключаемой из пищеварения кишечной петли составляет не менее 60–80 см [7, 22] и даже 80–100 см [8]. Только достаточный по длине отводящий отрезок кишки значительно снижает кишечный рефлюкс, что, в свою очередь, уменьшает вероятность развития восходящего холангита. Наиболее серьезным среди недостатков холедохоеюноанастомоза является вызываемая им опасность развития пептических язв двенадцатиперстной кишки вследствие прекращения поступления в нее желчи, что исключает возможность ее ощелачивающего действия на активный желудочный сок [11, 22].

Несмотря на определенные успехи в развитии гепатобилиарной хирургии, многие аспекты проблемы восстановления желчеотока у больных с холестазом не решены окончательно. Так, продолжают оставаться дискуссионными вопросы выбора оптимального способа желчеотводящей анастомоза [11], а также профилактики несостоятельности швов и регургитационного синдрома. Сравнительно высокими являются послеоперационная летальность и частота поздних рестриктур анастомоза. Требуют критического анализа причины частого развития у оперированных больных разного рода функциональных расстройств и органических поражений со стороны желчевыводящих путей и двенадцатиперстной кишки [6].

Исходя из вышеизложенного, проблема улучшения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с механической обструкцией желчных протоков путем выполнения функционально выгодных операций, предполагающих формирование арефлюксных билиодигестивных соустьев, является актуальной и требует своего решения. В последние годы для улучшения ближайших и отдаленных результатов операций на желчевыводящих путях и предотвращения дигестивно-билиарного рефлюкса предлагаются различные операции с формированием клапанов в области анастомоза между желчными протоками и различными отделами желудочно-кишечного тракта. Эта идея до настоящего времени привлекает внимание многих хирургов и требует новых экспериментальных и клинических исследований.

Список литературы

1. Агаев, Б. А. Методика дренирования желчных протоков у больных с билиодигестивными анастомозами при механической желтухе / Б. А. Агаев, Р. М. Агаев, Р. Ш. Гасынов // Хирургия. – 2011. – № 1. – С. 18–22.
2. Акилов, Х. А. Хирургическое лечение рефлюкс-холангита и стриктур билиодигестивных анастомозов после реконструктивных вмешательств на желчных протоках / Х. А. Акилов, М. М. Акбаров, Ф. У. Музаффаров и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – № 2. – С. 47.
3. Анищенко, В. В. Способ лечения посттравматических рубцовых стриктур билиодигестивных анастомозов после травматического повреждения внепеченочных желчных протоков / В. В. Анищенко, А. В. Хальзов, С. Г. Штофин // Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – № 3. – С. 37.
4. Альперович, Б. И. Хирургия печени и желчных путей / Б. И. Альперович. – Томск : RzGMU.info, 1997. – 607 с.
5. Аутлев, К. М. Экспериментальное и клиническое обоснование применения арефлюксных билиодигестивных анастомозов в лечении механической желтухи : дис. ... д-ра мед. наук / К. М. Аутлев. – Томск, 2005. – 322 с.
6. Ашрафов, А. А. Современные принципы диагностики и хирургическое лечение холедохолитиаза / А. А. Ашрафов, С. Ф. Рафиев // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т. 3, № 3. – С. 33–34.
7. Виноградов, В. В. Билиодигестивные анастомозы / В. В. Виноградов, В. А. Вишневский, В. И. Кочиашили. – М. : Изд-во Ун-та дружбы народов, 1972. – 191 с.
8. Гальперин, Э. И. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях / Э. И. Гальперин, Ю. М. Дедерер. – М. : Медицина, 1987. – 335 с.
9. Гальперин, Э. И. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии / Э. И. Гальперин, Н. Ф. Кузовлев // Хирургия. – 1998. – № 1. – С. 5–7.
10. Жерлов, Г. К. Билиодигестивные анастомозы при заболеваниях и повреждениях внепеченочных желчных протоков / Г. К. Жерлов, Д. В. Зыков, К. М. Аутлев и др. // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2002. – № 1 (2). – С. 26–28.
11. Копчак, В. М. Желчеотводящие анастомозы в билиарной хирургии / В. М. Копчак, И. В. Хомяк, В. Г. Мишалов и др. – Киев : Лига-Информ, 2004. – 123 с.

12. Котельникова, Л. П. Сроки возникновения рубцовых стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастомозов / Л. П. Котельникова, В. А. Черкасов, Л. Ф. Палатова // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2003. – № 2. – С. 97.
13. Краковский, А. И. Выбор декомпрессивных операций при нарушении билиарной проходимости доброкачественной этиологии / А. И. Краковский // *Хирургия*. – 1982. – № 4. – С. 4–9.
14. Лабия, А. И. Результаты хирургического лечения доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков / А. И. Лабия, Н. Н. Багмет, Н. П. Ратникова и др. // *Хирургия*. – 2007. – № 6. – С. 26–29.
15. Мамонтов, В. В. Конусо-клапанный инвагинационный холецистодигестивный анастомоз при непроходимости терминального отдела общего желчного протока : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В. В. Мамонтов. – Омск, 1990. – 17 с.
16. Милонов, О. Б. Причины неудовлетворительных отдаленных результатов супрадуоденальной холедоходуоденостомии и их хирургическая коррекция / О. Б. Милонов, В. А. Смирнов // *Хирургия*. – 1982. – № 11. – С. 15–19.
17. Назыров, Ф. Г. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков / Ф. Г. Назыров, А. М. Хаджибаев, Б. К. Алтыев и др. // *Хирургия*. – 2006. – № 4. – С. 46–51.
18. Патютко, Ю. И. Желчеотведение при механической желтухе опухолевого происхождения / Ю. И. Патютко, А. Г. Котельников, Б. И. Долгушин и др. // IV Российская онкологическая конференция (г. Москва, 21–23 ноября 2000 г.). – М. : Изд-во РАГС, 2000. – С. 74–79.
19. Пострелов, Н. Г. Клинические формы холангиогенной инфекции в хирургической практике / Н. Г. Пострелов, К. О. Гранстрем, Е. И. Дрогомирецкая и др. // *Вестник хирургии*. – 2002. – № 1. – С. 45–47.
20. Теремов, С. А. Терминолатеральный холедоходуоденоанастомоз как профилактика рефлюкс-холангита / С. А. Теремов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1999. – № 2. – С. 134–135.
21. Ханевич, М. Д. Лечение механической желтухи неопухолевого генеза / М. Д. Ханевич, В. Ф. Зубрицкий, А. М. Грабовый // *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии*. – 2003. – № 1. – С. 31–34.
22. Шалимов, А. А. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Нечитайло и др. – Киев : Здоровье, 1993. – 512 с.
23. Шутов, Ю. М. Топографоанатомическое обоснование хирургического лечения большого дуоденального сосочка или терминального отдела общего желчного протока / Ю. М. Шутов // *Вестник хирургии*. – 1996. – № 2. – С. 27–28.
24. Archer, S. B. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy : results of a national survey / S. B. Archer, D. W. Brown, C. D. Smith et al. // *Ann. Surg.* – 2001. – № 234 (4). – P. 549–559.
25. Sicklik, J. K. Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy: perioperative results in 200 patients / J. K. Sicklik, M. S. Camp, K. D. Lillemoe et al. // *Ann. Surg.* – 2005. – № 241 (5). – P. 786–795

Топчиев Михаил Андреевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

Астахин Александр Владимирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии и профессиональных болезней с курсом последипломного образования, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

Магомедов Магомед Аминович, аспирант кафедры общей хирургии, ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.