

Гибадулин Н.В., Новокрещенных А.С., Захаров А.Н.,
Ерошенко В.В.

**СПОСОБ ФУНКЦИОНАЛЬНО
ВЫГОДНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ
БИЛИАРНОГО ДЕРЕВА У БОЛЬНЫХ
С ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

Томский военно-медицинский институт, г. Томск

Основным недостатком широко применяемых в хирургической гастроэнтерологии билиодигестивных соустьев, в частности холедоходуоденоанастомоза, является развитие у пациентов в послеоперационный период рефлюкс-холангитов и стриктур сформированного соустья.

Цель исследования: Улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с механической желтухой, обусловленной доброкачественным поражением панкреатодуоденальной зоны и внепеченочных желчных протоков, путем формирования арефлюксного холедоходуоденоанастомоза.

Материал и методы: Экспериментальная часть работы выполнена на 10 беспородных собаках обоего пола, массой тела от 8 до 20 кг, в соответствии с «Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей». Клинический раздел работы основан на анализе результатов хирургического лечения 12 больных с механической желтухой, обусловленной в 7 (58,3%) случаях протяженными стриктурами дистального отдела холедоха, в 3 (25%) случаях – холедохолитиазом с наличием множественных конкрементов во вне- и внутрипеченочных протоках, и у 2 (16,7%) больных наличием хронического панкреатита.

Все больные были оперированы по оригинальной методике (приоритетная справка по заявке на изобретение №2006104753/14 от 15.02.2006), заключающейся в выполнении продольно-поперечного холедоходуоденоанастомоза между супрадуоденальным отделом общего желчного протока и передней стенкой двенадцатиперстной кишки, с формированием из слизисто-подслизистых слоев последней двусторчатого арефлюксного инвагинационного клапана. В

случае недостаточной подвижности передней стенки двенадцатиперстной кишки дополнительно проводили ее мобилизацию по Кохеру, что позволило во всех случаях выполнить холедоходуоденоанастомоз с формированием инвагинационного клапана однорядным узловым швом без натяжения. Наружное дренирование холедоха по Халстеду–Пиковскому выполняли с целью декомпрессии желчных протоков в ранний послеоперационный период.

Полученные результаты: Данные экспериментальных исследований свидетельствуют, что применяемая методика прецизионной техники в формировании арефлюксных билиодигестивных соустьев способствует заживлению анастомотического кольца по типу первичного натяжения с минимальной воспалительной реакцией и без образования грубого рубца. Изучение динамики морфологической картины зоны сформированного инвагинационного клапана показывает наличие последовательных фаз развития раневого асептического воспаления и репаративной регенерации, свидетельствует об отсутствии дистрофических и дегенеративных изменений тканей в отдаленные сроки после операций.

Анализируя результаты клинического применения разработанного способа хирургической коррекции механической желтухи, следует подчеркнуть, что случаев послеоперационной летальности и развития общехирургических осложнений нами отмечено не было. Послеоперационный койко-день в среднем составил $6,2 \pm 1,3$. При комплексном обследовании пациентов в ближайший и отдаленный послеоперационный период отмечалось значительное повышение уровня качества жизни пациентов, приближавшегося к показателям самооценки здоровых людей.

Результаты инструментальных исследований пациентов свидетельствовали о хорошей функциональной активности обходных билиодигестивных анастомозов. При этом сформированный из слизисто-подслизистых оболочек двенадцатиперстной кишки двусторчатый инвагинационный клапан не приводил к стенозированию обходного соустья, надежно препятствуя развитию регургитационных осложнений.

Заключение: Таким образом, внедрение в клиническую практику разработанного способа холедоходуоденоанастомозии позволило не только избежать летальности и тяжелых осложнений раннего послеоперационного периода, но и предотвратить развитие рефлюкс-холангита и рубцового стеноза сформированных соустьев, добиться адекватной хирургической коррекции желчеоттока при обтурационных поражениях желчевыводящих путей. По-видимому, пришло время пересмотреть основное условие полноценного отведения желчи при формировании обходных билиодигестивных анастомозов, используя при хирургической коррекции обтурационной желтухи функционально выгодные арефлюксные соустья, как альтернативу свободному (как можно более широкому) сообщению желчных протоков с желудочно-кишечным трактом.

Выводы:

1. Применяемая методика прецизионной техники в формировании арефлюксного холедоходуоденоанастомоза способствует заживлению анастомотического кольца по типу первичного натяжения с

минимальной воспалительной реакцией и без образования грубого рубца.

2. Формирование двустворчатого инвагинационного клапана не приводит к грубой деформации двенадцатиперстной кишки, не препятствует желчеоттоку и обеспечивает надежные арефлюксные свойства холедоходуоденоанастомозу.

3. Клиническое применение разработанного арефлюксного билиодигестивного соустья не увеличивает послеоперационную летальность и не способствует росту общехирургических осложнений, обеспечивая скорейшую реабилитацию пациентов и восстановление показателей уровня качества жизни оперированных больных.