

ХОЛЕДОХОТОМИЯ: ПОКАЗАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ И МЕТОДЫ ЕЕ ЗАВЕРШЕНИЯ

Гарелик П.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Хирургические вмешательства на внепеченочных желчных путях являются одними из самых распространенных. Если удаление желчного пузыря стало широкодоступной операцией, то вмешательства на внепеченочных желчных протоках, особенно со вскрытием их просвета, являются достаточно сложными. С течением времени меняются взгляды хирургов на показания к холедохотомии, обсуждаются методы ее завершения, актуальным остается выбор способа наложения билиодигестивного анастомоза (БДА).

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 212 больных с механической желтухой различного генеза, у которых во время лапаротомии производилась холедохотомия. Мужчин было 86, женщин 126 в возрасте от 29 до 85 лет. У всех пациентов имелась разной степени выраженности механическая желтуха с колебаниями содержания билирубина в крови от 38 до 400 мкмоль/л. У 25 человек из анализируемой группы ранее уже выполнялась холецистэктомия и их можно отнести к пациентам с постхолецистэктомическим синдромом.

Результаты. При операциях на желчных протоках мы уделяли должное внимание выбору операционного доступа. У ряда больных операции выполняли из верхнесрединного разреза. Однако, если мы заранее планировали наложения билиодигестивного анастомоза и, особенно, при повторных операциях, предпочтения отдавали доступам, которые выполняются разрезом параллельно правой реберной дуге. Интраоперационные обследования желчных путей и органов брюшной полости проводили общепринятыми методами. У всех анализируемых больных имело место расширение гепатикохоледоха от 1,2 до 5,0 см. Причины, вызвавшие желчную гипертензию и расширение желчных протоков и послужившие показаниями для вскрытия их просвета: холедо-

холитиаз – у 107 больных, опухоли желчных протоков, большого дуоденального сосочка (БДС) и головки поджелудочной железы у 89, хронический панкреатит у 6, рубцовые стриктуры холедоха у 4, гнойный холангит у 4, изолированный стеноз БДС у 2.

У всех больных выполнялась продольная супрадуоденальная холедохотомия или холедохогепатикотомия. Продление разреза на общий печеночный желчный проток производилось при коротком холедохе, длина, на которую рассекался гепатикохоледох, зависела от показаний для вскрытия протоков. При холедохолитиазе холедохотомическое отверстие соответствовало наибольшему диаметру удаляемых камней и колебалось от 8 до 30 мм. Если холедохотомия производилась для последующего наложения билиодигестивного анастомоза, то рассечение протока выполнялось на протяжении 20–25 мм.

При выборе способа завершения холедохотомии мы поступали в каждом конкретном случае индивидуально. Так, при холедохолитиазе, при наличии небольшого количества (2–3) крупных камней, полной уверенности в удалении их и достаточной проходимости желчных протоков холедохотомия завершалась наружным дренированием холедоха. Это пособие было выполнено у 44 пациентов одним из известных способов: по Керу, Вишневному, Керте. В последние годы отдаем предпочтение наружному дренированию холедоха по Керу. Аналогичным способом завершалась холедохотомия еще у четырех пациентов, у которых причиной желтухи был гнойный холангит, и у 4 человек после трансдуоденальной папиллосфинктеротомии.

У 145 больных холедохотомия была завершена наложением БДА. Показания для выполнения этой операции были следующие: холедохолитиаз (множественные камни в холедохе и отсутствие полной уверенности в их удалении) – у 59 больных, неудаляемые опухоли терминального отдела холедоха и головки поджелудочной железы у 76 пациентов, хронический панкреатит у 6 и рубцовые стриктуры терминального отдела холедоха у 4 человек. При холедохолитиазе методом выбора было наложение холедоходуоденоанастомоза (ХДА). К этому виду соустья прибегали и у онкологических больных в случаях нераспространения опухоли на 12-перстную кишку. У 22 пациентов с вовлечением в опухолевый процесс 12-перстной кишки и у 4 человек с рубцо-

выми стриктурами терминального отдела холедоха желчеотток восстанавливали путем формирования гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле тощей кишки. ХДА накладывали следующими методами: по Флеркену у 84 человек, по Финстере-ру у 25, по Юрашу–Виноградову у 6, лепестковый антирефлюкс-ный анастомоз (собственная методика, патент РБ № 6150; 2004 г.) у 3. Предпочтение в выборе способа ХДА отдавалось методу Флеркена, исходя из того, что по этой методике накладывается ромбовидный зияющий анастомоз (меньше случаев развития холангита), а при двух других методах образуется щелевидный анастомоз. В отличие от желудочно-кишечных и межкишечных анастомозов, где соустье формируется двумя, иногда и тремя рядами швов, БДА во всех случаях формировались однорядным внутри-узелковым швом атравматичной нитью. Несостоятельность холедоходуоденоанастомоза наступила у трех больных с одним летальным исходом. Считаем обязательным дополнением ХДА, независимо от способа его наложения, наружное дренирование холедоха по Холстеду–Пиковскому с целью декомпрессии ХДА. Выполняли это пособие у большинства больных, за редким исключением, когда был облитерирован просвет пузырного протока. У 7 больных с неудаляемыми опухолями протоков в области ворот печени, с целью билиарной декомпрессии и разрешения холестаза после холедохотомии выполнялось бужирование или туннелирование протоков и выше опухоли устанавливалась дренажная трубка, выведенная наружу через холедохотомическое отверстие.

Заключение. Вскрытие желчных протоков при хирургическом лечении заболеваний органов панкреатобилиарной зоны является довольно распространенной операцией. Завершение холедохотомии наружным дренированием протоков или наложением билиодигестивного анастомоза зависит от показаний к этой операции в каждом конкретном случае. По нашим наблюдениям наиболее выгодным в функциональном отношении является холедоходуоденоанастомоз по методу Флеркена.