

## СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ АРЕФЛЮКСНОГО ИЗОПЕРИСТАЛЬТИЧЕСКОГО ХОЛЕДОХОЕЮНОДУОДЕНАНОСТОМОЗА

Д-р мед. наук В. Б. БОРИСЕНКО

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина*

**Представлена модификация изоперистальтического билиодигестивного анастомоза, который обеспечивает полное восстановление пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку и предупреждает развитие ее эрозивно-язвенного поражения. Методика формирования анастомоза позволяет предупредить развитие энтерально-дигестивного рефлюкса, обеспечивая профилактику рефлюкс-холангита.**

*Ключевые слова: механическая желтуха, ахолия, рефлюкс-холангит, билиодигестивный анастомоз.*

Механическая желтуха (МЖ) — это синдром, который развивается вследствие ряда доброкачественных и злокачественных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны [1–4], вызывающих нарушение оттока желчи по обтурационному или компрессионному типу, и характеризуется холемией и ахолией [5–8]. Известно, что МЖ не является самостоятельной нозологической формой, тяжесть данного синдрома зависит не от основного заболевания, приведшего к холестазу, а от длительности его течения и наличия осложненных форм в виде острого холангита и билиарного сепсиса, которые увеличивают риск интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений и определяют высокий показатель летальности [1, 4].

В настоящее время коррекция причины МЖ проводится с помощью эндоскопических транспапиллярных вмешательств, которые могут быть как окончательным этапом лечения с ликвидацией причины холестаза, так и первым, устраняющим только желчную гипертензию [3, 4, 9]. В случаях неэффективности малоинвазивных вмешательств, в частности при эндоскопически не удаляемых конкрементах холедоха, синдроме Мириizzi, рубцовых стриктурах желчевыводящих путей (ЖВП), опухолях большого дуоденального сосочка, тубулярном стенозе холедоха на почве хронического псевдотуморозного панкреатита или рака головки поджелудочной железы, стойких наружных желчных свищах и др., в качестве второго этапа лечения выполняются различного рода «открытые» вмешательства [5, 10, 11]. К ним относятся восстановительные и реконструктивные операции [9, 10, 12, 13]. На долю последних приходится более 50% всех повторных вмешательств на ЖВП, они выполняются при невозможности проведения восстановительной операции и направлены на создание нового пути для оттока желчи в желуочно-кишечный тракт [5, 10, 14].

В практической хирургии для ликвидации билиарной гипертензии сравнительно чаще

применяется холедоходуоденоанастомоз (ХДА), отличающийся технической простотой и обеспечивающий полный пассаж желчи в просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК), что имеет важное физиологическое значение [12, 15]. Недостатком способа является опасность формирования рубцового стеноза ХДА, ведущего к развитию у 30–35% оперированных больных восходящего рефлюкс-холангита, а также образованию в общем желчном протоке, ниже анастомоза, «слепого недренируемого мешка», который представляет собой постоянный источник инфекции и камнеобразования [5, 10, 13].

Перечисленных недостатков лишен холедоходуоденоанастомоз (ХДА) на выключенной по Ру петле тонкой кишки. Однако для оптимального функционирования этого анастомоза участок выделенной тонкой кишки должен быть длиной не менее 80–100 см, что позволяет предотвратить регургитацию пищевых масс в холедох и развитие восходящего холангита [9, 10, 13]. Существенным недостатком описанной методики является полное прекращение поступления желчи в ДПК, что ведет к повреждению ее слизистой и образованию дефектов в защитном слое сурфактанта и мембране энтероцитов с последующим формированием острых эрозий, а также пептических язв [5, 14, 16]. Второй существенный недостаток способа — высокая вероятность развития Ру-стаз-синдрома вследствие несоблюдения анатомически обоснованных правил выделения и пересечения начального отдела тощей кишки, выполняемого с повреждением юнальных сосудов и нервов, что вызывает нарушение моторно-эвакуаторной функции отводящей петли [17, 18].

Сегодня достаточно широко используется методика с наложением ХДА на отключенную с помощью «заглушки» по Шалимову приводящую петлю тонкой кишки, проведенной через окно в mesocolon с межкишечным анастомозом по Брауну ниже «заглушки» [5]. Способ не нарушает

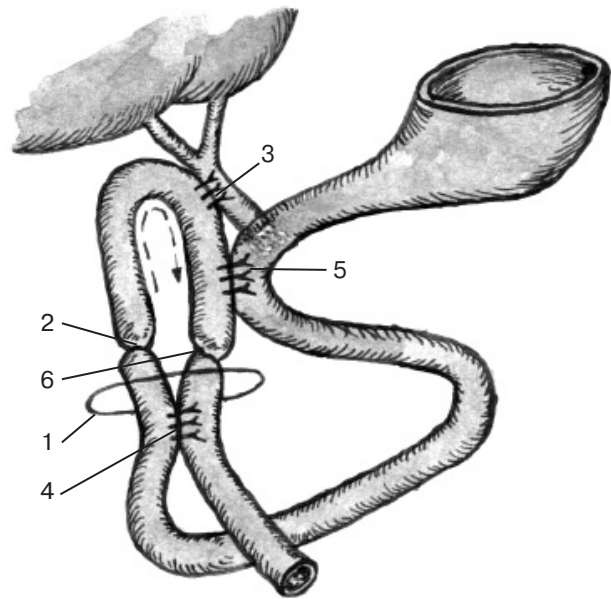
моторно-эвакуационную функцию используемой для формирования билиодигестивного анастомоза тонкой кишки, однако сохраняется основной его недостаток, связанный с **полным отключением** ДПК от желчного протока, что чревато развитием ее эрозивно-язвенного поражения.

Известна также модификация методики А. А. Шалимова, согласно которой после формирования брауновского соустья и «заглушки» дополнительно накладывається еюнодуоденоанастомоз «бок-в-бок» [19]. Способ лишь частично решает вопрос ощелачивания просвета ДПК, так как по сформированному ХЕА в кишку поступает только часть желчи, а ее **основной объем** попадает по отводящей петле в дистальные отделы тонкой кишки.

Несмотря на определенные успехи в лечении синдрома МЖ, следует признать, что многие важные вопросы хирургии ЖВП до настоящего времени не решены. Так, необходима разработка новых, более физиологичных способов хирургического лечения пациентов с непроходимостью холедоха неопухолевого генеза.

Цель нашего исследования — разработка билиодигестивного анастомоза, позволяющего сохранить морфофункциональное состояние ДПК и обеспечить профилактику развития восходящего рефлюкс-холангита.

У 5 пациентов с дистальной протяженной стриктурой общего желчного протока, а также при его тубулярном стенозе на почве псевдотуморозного панкреатита в качестве **второго этапа** лечения нами была выполнена «открытая» коррекция желчного протока [20]. Способ создания изоперистальтического холедохоеюнодуоденоанастомоза схематически изображен на рисунке. После лапаротомии проводились ротация начального отдела тощей кишки на 180° и проведение ее в окно mesocolon (1), после чего формировался ХЕА по методике А. А. Шалимова с «заглушкой» (2) на приводящей кишке и ХЕА (3) с **брауновским соустьем** (4). Дополнительно ниже ХЕА в изоперистальтическом направлении (указано стрелкой) формируется еюнодуоденоанастомоз «бок-в-бок» (5) с более дистальной «заглушкой» (6) на отводящей кишке.



Способ формирования изоперистальтического холедохоеюнодуоденоанастомоза (объяснение в тексте)

Обязательным условием, определяющим возможность выполнения разработанной модификации ХЕА, является отсутствие признаков дуоденальной непроходимости с **показателями внутриполостного давления** в ДПК, получаемых методом открытого катетера, в пределах 80–130 мм вод. ст.

Предложенный нами изоперистальтический билиодигестивный холедохоеюнодуоденоанастомоз решает три основных задачи:

— обеспечение полного поступления желчи в просвет ДПК с **восстановлением ее морфофункционального состояния**, нарушенного вследствие ахолии, что предупреждает развитие геморрагических осложнений;

— сохранение анатомических нервных и сосудистых взаимосвязей, что позволяет сберечь моторику использованной для пассажа желчи петли тонкой кишки;

— принцип изоперистальтичности используемого участка тонкой кишки служит для профилактики развития восходящего рефлюкс-холангита.

#### Список литературы

1. Даценко Б. М. Механічна жовтяниця: патогенетична основа розвитку гострого холангіту та біліарного сепсису / Б. М. Даценко, В. Б. Борисенко // Шпитальна хірургія.— 2013.— № 2.— С. 27–29.
2. Ветшев П. С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы / П. С. Ветшев // Анналы хирургической гепатологии.— 2011.— Т. 16, № 3.— С. 50–59.
3. Обґрунтування показів до методів корекції біліарної гіпертензії / О. Є. Каніковський, О. В. Харчук, Ю. П. Гнатюк [та ін.] // Актуальні проблеми сучасної медицини: вісн. Укр. мед. стомат. академії.— 2009.— Т. 11, № 1 (33).— С. 59–63.
4. Обоснование хирургической тактики при механической желтухе / С. М. Елисеев, Н. Г. Корнилов, С. П. Чикотеев, Р. Р. Гумеров // Бюл. ВСНЦ СО РАМН.— 2010.— № 5 (75).— С. 233–239.
5. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, Б. В. Доманский.— К.: Здоров'я, 1993.— С. 429.
6. Даценко Б. М. Влияние способа восстановления желчного протока на морфофункциональное состояние двенадцатиперстной кишки у больных с ахолией / Б. М. Даценко, В. Б. Борисенко // Клін. хірургія.— 2006.— № 9 (додаток).— С. 29–31.
7. Борисенко В. Б. Нерешенные вопросы классификации

- механической желтухи / В. Б. Борисенко // Клініч. хірургія.— 2013.— № 2.— С. 47–49.
8. Диагностика и лечение синдрома механической желтухи доброкачественного генеза / Н. А. Майстренко В. В. Стукалов, А. С. Прядко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии.— 2011.— Т. 16, № 3.— С. 26–34.
  9. Экстренная хирургия желчных путей / П. Г. Кондратенко, А. А. Васильев, А. Ф. Эллин [и др.]— Донецк: Лебедь, 2005.— 433 с.
  10. Даценко Б. М. Модификация арефлюксного холедохоюноанастомоза с восстановлением пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку // Б. М. Даценко, В. Б. Борисенко, А. П. Зеев // Междунар. мед. журн.— 2008.— № 1.— С. 102–110.
  11. Желчеотводящие анастомозы в билиарной хирургии / В. М. Копчак, И. В. Хомяк, В. Г. Мишалов [и др.]— К.: Лига-информ, 2004.— 123 с.
  12. Борисов А. Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / А. Е. Борисов.— СПб.: Эфа, 2002.— 448 с.
  13. Гальперин Э. И. Руководство по хирургии желчных путей / Э. И. Гальперин, П. С. Ветшев.— М.: Видар-М, 2006.— 568 с.
  14. Милонов О. Б. Двойное внутреннее дренирование общего желчного протока / О. Б. Милонов, С. Н. Грязнов.— М.: Медицина, 1986.— 160 с.
  15. Билиодигестивные анастомозы у больных с невоспалительными иктерогенными заболеваниями поджелудочной железы / Я. М. Сусак, И. А. Ковальская, А. А. Шкапенко, А. В. Кравченко // Харківська хірургічна школа.— 2002.— № 4.— С. 62–64.
  16. Борисенко В. Б. Морфологические особенности тонкой кишки при механической желтухе в эксперименте / В. Б. Борисенко, Н. И. Горголь, В. М. Самойлов // Харківська хірургічна школа.— 2005.— № 4.— С. 66–71.
  17. Топографоанатомические и технические особенности резекции желудка по способу Ру / А. П. Михайлов, А. М. Данилов, А. Н. Напалков, Т. П. Дутова // Вестн. хирургии.— 2005.— Т. 164, № 1.— С. 33–37.
  18. Борисенко В. Б. Топографоанатомическое обоснование «рациональной» мобилизации тощей кишки для формирования билиодигестивного анастомоза // Світ медицини та біології.— 2006.— № 2.— С. 6–8.
  19. Пат. 65067 Україна А7 А61В17/00. Спосіб формування холедохоюноанастомозу / Б. М. Даценко, Т. І. Тамм, В. В. Непомнячий [та ін]; Заявл. 23.05.03; Опубл. 15.03.04; Бюл. № 15.
  20. Пат. 82683 Україна, МПК А 61. Спосіб формування ізоперистальтичного білідигестивного анастомозу / В. Б. Борисенко, Б. М. Даценко, Т. І. Тамм, О. Я. Бардюк.— № 201302936; Заявл. 15.03.13; Опубл. 12.08.13; Бюл. № 15.

## СПОСІБ ФОРМУВАННЯ АРЕФЛЮКСНОГО ІЗОПЕРИСТАЛЬТИЧНОГО ХОЛЕДОХОЕЮНОДУОДЕНОАНАСТОМОЗУ

В. Б. БОРИСЕНКО

**Подано модифікацію ізоперистальтичного білідигестивного анастомозу, який забезпечує повне відновлення пасажу жовчі в дванадцятипалу кишку і попереджає розвиток її ерозивно-виразкового ураження. Методика формування анастомозу дає змогу попередити розвиток ентерально-дигестивного рефлюксу, забезпечуючи профілактику рефлюкс-холангіту.**

*Ключові слова:* механічна жовтяниця, ахолія, рефлюкс-холангіт, білідигестивний анастомоз.

## A METHOD OF AREFLUX ISOPERISTALTIC CHOLEDOCHOJEJUNODOUDENOSTOMY

V. B. BORYSENKO

**Modification of isoperistaltic biliodigestive anastomosis, which provides complete restoration of bile passage into the duodenum and prevents development of its erosive-ulcerative lesions, is presented. The technique of anastomosis formation allows prevention of enteric-digestive reflux, thus providing prevention of reflux cholangitis.**

*Key words:* mechanical jaundice, acholia, reflux cholangitis, biliodigestive anastomosis.

Поступила 01.12.2014