

УДК 616.36—089.48—006.6

МЕДИЦИНА

В. В. Родионов, Р. Г. Хачатрян

Новый способ дренирования печеночных протоков Т-образным дренажом при раке

(Представлено чл.-корр. АН Армянской ССР И. Х. Геворкяном 18/1 1988)

У больных с непроходимостью общепеченочных протоков опухолевой природы оперативные вмешательства чаще всего носят паллиативный характер и направлены на восстановление желчеотводящей функции. Выбор способа операции зависит от уровня локализации опухолевого процесса. Злокачественные новообразования печени, общепеченочного протока, пузырного протока, проксимальной части общего желчного протока, располагающиеся в воротах печени, блокируют желчеотток, вызывают механическую желтуху, от которой погибает большинство больных. Обеспечение оттока желчи с целью ликвидации механической желтухи, уменьшение желчной гипертензии значительно продлевают жизнь таким больным.

При механической желтухе, вызванной злокачественными новообразованиями, наиболее часто с паллиативной целью выполняют дренирующие операции, отдавая предпочтение отведению желчи в кишечник.

В литературе последних лет обсуждаются показания к дренированию внутрипеченочных протоков. Л. М. Шор с соавт. ⁽¹⁾ наружное дренирование применяют с целью временной декомпрессии желчных путей для профилактики осложнений желчной гипертензии и отведения желчи. Пользуются наружным дренированием Б. А. Петров, Э. И. Гальперин ⁽²⁾, Д. Л. Пиковский ⁽³⁾ и др. Однако предложенные ранее способы дренирования внутрипеченочных протоков имеют существенные недостатки, которые характеризуются, главным образом, тем, что закрепить на длительное время эти дренажи в области внутрипеченочных протоков не удается.

Предлагаемый способ дренирования внутрипеченочных протоков сводится к тому, чтобы установить Т-образный силиконовый (латексный) дренаж в правом и левом печеночном протоке, а выведенную часть этого дренажа или оставить в общем желчном протоке, или вывести наружу, или при необходимости оставить в петле тощей кишки, которая будет подвешена к воротам печени в виде гепатикоеюноанастомоза.

Во время операции, после того как обнаружен общий печеночный (общий желчный) проток, дистальнее опухоли производится продольная гепатикохоледохотомия на протяжении 5—6 мм. Путем бужирования пораженного опухолью общепеченочного протока достигается

расширение его диаметра до 5 мм. Через отверстие обеспечивается промывание внутрипеченочных протоков стерильным физиологическим раствором. Устанавливается Т-образный силиконовый (латексный) дренаж типа дренажа Кера таким образом, чтобы одна часть его была в левом, а другая—правом печеночном протоке. Правильность установки дренажа контролируется легким подергиванием его, при котором дренаж не выпадает, а по основной трубке этого дренажа хорошо поступает желчь. Диаметр Т-образного дренажа подбирается в соответствии с полученным отверстием общепеченочного протока. Желательно, чтобы дренажная трубка имела диаметр не менее 3 мм. Выведенную основную трубку Т-образного дренажа в зависимости от условий, складывающихся во время операции, выводят или укладывают по одному из трех вариантов.

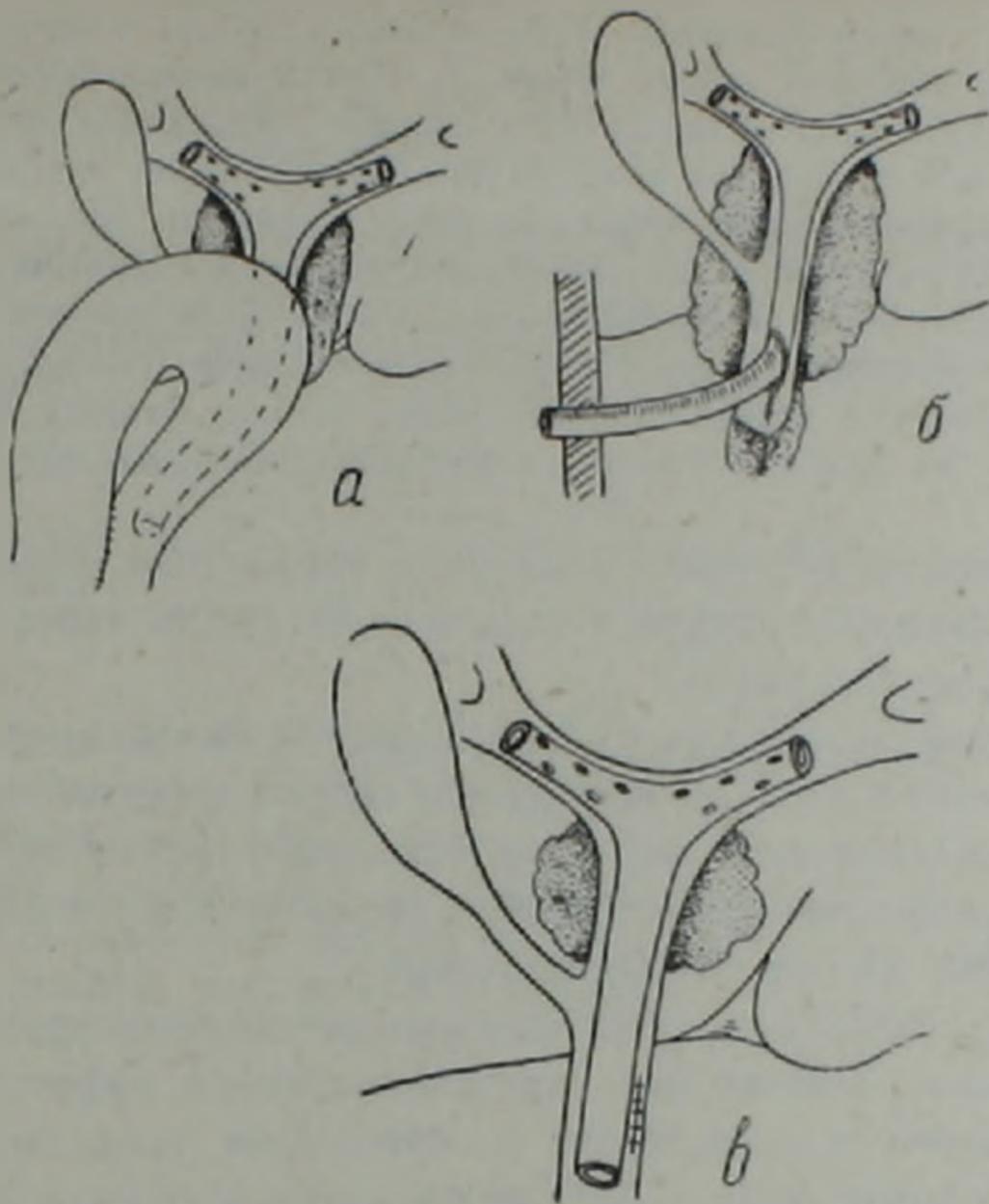
Вариант 1. Перфорированный участок Т-образной трубки длиной 3—4 см оставляют в правом и левом печеночных протоках. Гепатикохоледохотомическое отверстие ушивается до основной части Т-образной трубки кетгутовым швом на атравматической игле. Основную часть дренажной трубки оставляют в виде потерянного дренажа в просвете тощей кишки. Накладывают гепатикоэнтероанастомоз с энтеро-энтероанастомозом. Для примера приводим выписку из истории болезни.

Больная Б., 37 лет, поступила в клинику с механической желтухой, жалобами на плохой аппетит, общую слабость, значительное похудание. До декабря 1986 г. чувствовала себя удовлетворительно, пока не появилось чувство тяжести и незначительные боли в правом подреберье; выраженная желтуха. Больной произведена ЭРПХГ, при которой выявлено, что оба печеночных протока резко расширены, начальная часть общего печеночного протока имеет ширину до 0,5 см, а в месте отхождения пузырного протока на протяжении 1 см сужена до нитевидного. Контрастирование желчного пузыря не наступило. Ниже сужения имеется дефект наполнения, обусловленный конкрементом. При эндоскопической папиллотомии (ЭПТ) конкремент удален. При повторной ЭРПХГ сохраняется выраженная эктазия печеночных и более мелких внутрипеченочных желчных протоков. Учитывая полученные данные, у больной диагностирован рак гепатикохоледоха.

9.01.1987 г операция: печень увеличена в размерах, мягкая, без метастаз. Желчный пузырь 8×6 см, толстостенный, спаян с сальником. В области ворот печени и общего печеночного протока, а также в области холедоха, ниже впадения пузырного протока, определяется опухолевидное образование размером 4,5 см в диаметре, в центре которого имеется втяжение. Общий печеночный проток и холедох в этом месте не дифференцируются. Желчный пузырь вскрыт, удален одиночный конкремент 1,5 см в диаметре. Произведена холецистэктомия от дна. Пузырный проток захвачен опухолью и полностью зарощен. Холедох на глубине 0,7 см вскрыт через опухолевидную ткань. С помощью разнокалиберных бужей удалось разбужировать пораженный опухолью общий печеночный проток, после чего из него стала обильно поступать желчь. Выполненный гепатикохоледохоскопией диагноз рака общепеченочного протока подтвержден. Правый и левый печеночные протоки промыты и дренированы Т-образным перфорированным дренажом таким образом, что Т-образная часть его вошла в правый и левый печеночные протоки. Холедохотомическое отверстие ушито атравматическим швом до основной трубки дренажа. Наложен гепатикоэнтероанастомоз на потерянном Т-образном дренаже (рисунок, а). При этом тощая кишка подшита к воротам печени. Наложен энтеро-энтероанастомоз. Послеоперационное течение гладкое. Показатели билирубина нормализовались, желтуха исчезла. В удовлетворительном состоянии выписана под наблюдение онколога.

Вариант 2. После дренирования правого и левого печеночных протоков основную трубку Т-образного дренажа выводят через контра-

пертуру на боковую часть передней брюшной стенки в области правого подреберья. Гепатикохоледохотомическое отверстие ушивается до дренажа кетгутовым двухрядным швом на атравматической игле.



Различные способы дренирования печеночных протоков: а—первый, б—второй, в—третий варианты (описание см. в тексте)

Больной М., 63 лет, поступил 17.XII. 1986 г. с диагнозом: рак холедоха, механическая желтуха.

5.V. 1986 г. перенес холецистэктомию по поводу острого холецистита. В сентябре 1986 г.—повторную операцию по поводу механической желтухи. На операции диагностировано: рак холедоха, произведено наружное дренирование холедоха по Вишневскому, после чего желтуха уменьшилась. Выписан на амбулаторное лечение. Дренаж вскоре выпал. В декабре 1986 г. у больного вновь появилась выраженная желтуха.

На операции 5.II. 1987 г. произведена гепатикохоледохотомия, а затем гепатикоскопия, при которой удалось дифференцировать правый и левый печеночные протоки, которые промыты физиологическим раствором. После этого произведено дренирование печеночных протоков Т-образным дренажом с выведением его бранш в правый и левый печеночные протоки. Дренаж хорошо функционирует, подшит капроновым швом у ворот печени. Затем выведен через контрапертуру у наружного угла раны (рисунок, б). К вислову отверстию подведен дренаж по Спасокукоцкому. Послеоперационное течение гладкое. Выписан в удовлетворительном состоянии без желтухи.

Данный случай подтверждает, что при многократных операциях у больных с опухолевой стриктурой желчевыводящих путей целесообразно применение Т-образного дренажа с проведением его бранш в правый и левый печеночные протоки по описанной выше методике.

Вариант 3. После дренирования печеночных протоков Т-образной перфорированной трубкой основная трубка Т-образного дренажа укладывается в просвет холедоха, а гепатикохоледохотомическое отверстие ушивается наглухо.

Больная Л., 62 лет, поступила по поводу острого холецистита, механической желтухи. После ЭРПХГ выявлено наличие калькулезного холецистита, опухоли общего печеночного протока, холангита.

9.02. 1987 г. операция: печень не увеличена, желчный пузырь в виде песочных часов, толстостенный, напряженный. В пузыре много камней. Массивные сращения с мезоколон и большим сальником. Устье желчного пузыря втянуто в опухолевидный процесс, заполняющий ворота печени. В области общего печеночного протока, пузырного протока имеется пупкообразное втяжение. Отдаленных метастаз не выявлено. Путем разреза в проекции холедоха был обнаружен его просвет. Он оказался без желчи. Дифференцированы правый и левый печеночные протоки, которые дренированы перфорированной частью Т-образного дренажа. Основная часть Т-образного дренажа установлена в холедохе. Холедохотомическое отверстие ушито наглухо двухрядным кетгутовым швом на атравматической игле (рисунок, в). После удаления камней наложена холецистостома, дренаж которой выведен через контрапертуру. Выписана без желтухи в удовлетворительном состоянии под наблюдение онколога

После выполнения любого из этих вариантов операция заканчивается установлением дренажа сальниковой сумки через винслово отверстие по Спасокукоцкому.

Таким образом, у больных дренирование внутрипеченочных желчных путей применялось лишь с целью снятия желчной гипертензии и ликвидации механической желтухи. Наши наблюдения показывают, что подобное дренирование способствует эффективному отведению желчи непосредственно из печеночных протоков.

Можно заключить, что дренирование печеночных протоков Т-образной силиконовой (латексной) трубкой является эффективным способом снятия желчной гипертензии и ликвидации механической желтухи при неоперабельном раке общего печеночного и общего желчного протоков. Каждый из предложенных вариантов дренирования печеночных протоков должен быть избран индивидуально, а дренаж подобран соответственно просвету желчных протоков.

Кафедра хирургических болезней № 3
ММСИ им. Н. А. Семашко

Վ. Վ. ՌԱԳԻՈՆՈՎ, Ռ. Դ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

Լյարդի ծորանների դրենավորման նոր մեթոդ, լյարդի դրուների շրջանի բաղցկեղի ժամանակ

Լյարդի ծորանների դրենավորումը առաջարկված է նոր մեթոդ՝ լյարդի աջ և ձախ ծորանների դրենավորումը հետևյալ կերպ. T-ձև սիլիկոնից պատրաստված դրենածի աջ և ձախ սալիկները տեղավորվում են լյարդի աջ և ձախ ծորաններում, իսկ հիմնական ծայրը թողնվում կամ ընդհանուր լեղածորանում, կամ բարակ աղու լուսանցքում, կամ դուրս հանվում որովայնի խոռոչից: Այս մեթոդները լյարդի դրուների բաղցկեղի ժամանակ կիրառում են միայն լեղաճոսքը վերականգնելու, մեխանիկական դեղնուկը վերացնելու համար:

ЛИТЕРАТУРА—ԴՐԱՇԱԿՆԵՐՅՈՒՆ

1. Л. М. Шор, Л. В. Шерстобитова, Л. М. Булынина и др., Хирургия, № 9, 1977.
2. Б. А. Петров, Э. И. Гальперин, Хирургия внепеченочных желчных протоков, М., 1971.
3. Д. Л. Пиковский, в кн.: Актуальные вопросы хирургической гепатологии и гастроэнтерологии, Волгоград, 1975.