

УДК 616.36—089.48—006.6

МЕДИЦИНА

В. В. Родионов, Р. Г. Хачатрян

Ближайшие отдаленные результаты дренирования внутрипеченочных протоков Т-образным силиконовым дренажом при раке, локализуемом в воротах печени

(Представлено чл.-корр. АН Армянской ССР Н. Х. Геворкяном 10/IV 1989)

При различных паллиативных операциях у больных с опухолевым процессом в области ворот печени для восстановления желчеотводящей функции применяется дренирование внутрипеченочных протоков. С целью временной декомпрессии желчных путей для профилактики осложнений желчной гипертензии наружного отведения желчи применяли наружное дренирование (1-3). На высокую эффективность дренирования желчных путей указывал Кер. Однако предложенные ранее способы дренирования внутрипеченочных протоков имеют существенные недостатки. Главным из них является то, что эти дренажи не удается закрепить надолго в области внутрипеченочных желчных путей.

Распространенные опухолевые поражения желчевыводящих путей в воротах печени вынуждают делать операции.

Разработанные нами в клинике способы дренирования внутрипеченочных протоков сводятся к тому, чтобы установить Т-образный силиконовый дренаж в правом и левом печеночном протоке, а выведенную часть дренажа или оставить в общем желчном протоке, или вывести наружу, или при определенных условиях оставить в петле тощей кишки, которая подводится к воротам печени в виде гепатикоеюноанастомоза.

Правильность установки дренажа контролируется легким подергиванием его, при котором дренаж не выпадает, а по основной его трубке хорошо поступает желчь. Диаметр Т-образного дренажа подбирается в соответствии с полученным отверстием общепеченочного протока. Желательно, чтобы дренажная трубка была не менее 3 мм в диаметре.

Для примера приводим выписку из истории болезни больной Б., 37 лет, у которой был выявлен рак общего печеночного протока с поражением ворот печени и резкое сужение дистальной части холедоха. Во время операции, после того, как был выделен общий печеночный проток дистальнее опухоли, произведена продольная гепатикохоледохотомия на протяжении 5—6 см. Путем бужирования пораженного опухолью общего печеночного протока достигнуто расширение его диаметра до 5 мм.

После промывания внутрипеченочных протоков установлен Т-образный силиконовый дренаж типа Кера таким образом, чтобы одна часть его располагалась в левом, другая—правом печеночном протоке, а основная часть дренажа была выведена в тощую кишку. Холедохотомическое отверстие ушито кетгутом на атравматической игле до основной трубки дренажа. Наложен гепатикоеюноанастомоз на потерян-

ном Т-образном дренаже. При этом толстая кишка поднята к воротам печени. Затем наложен энтеро-энтероанастомоз. Больная наблюдалась в течение девяти месяцев с функционирующим дренажом при удовлетворительном общем самочувствии. В настоящее время работает по специальности.

В другом случае основную трубку Т-образного дренажа выводили наружу в области правого подреберья через контрапертуру в передней брюшной стенке.

Примером может служить следующее наблюдение. Больной М., 63 лет. Клинический диагноз: рак холедоха IV ст., механическая желтуха. В связи с распространением рака на весь холедох, общий печеночный проток и ворота печени общий печеночный проток был вскрыт через массив опухоли на протяжении 1 см. Затем проток был бужирован и через указанное отверстие был установлен Т-образный дренаж в правый и левый печеночные протоки. Основная трубка этого дренажа была выведена наружу через контрапертуру передней брюшной стенки в области правого подреберья. В послеоперационном периоде желтуха у больного исчезла на три месяца. В последующем она вновь появилась, постепенно нарастала и больной умер от основного заболевания через шесть месяцев после операции.

Патолого-анатомическое заключение: больной страдал раком гепатикохоледоха с переходом на оба печеночных протока со стенозом их просвета, что привело к развитию гнойного холангита и резкой механической желтухи. Течение желтухи осложнилось холемическим желудочным кровотечением. Смерть наступила от раковой катексии и интоксикации за счет холангита и желтухи.

После выполнения любого из этих вариантов операция заканчивается дренированием сальниковой сумки через Винслово отверстие по Спасокукоцкому.

В третьем случае основную трубку Т-образного силиконового дренажа оставляли в просвете холедоха. Приводим это наблюдение.

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

Операция: холедохотомия, дренирование общего печеночного протока на потерянном дренаже, холецистостомия. На операции отдельных метастазов не выявлено. Просвет холедоха был без желчи, дистальная часть его хорошо проходима. Из-за большого массива опухоли четко дифференцировать правый и левый печеночные протоки не удалось. Это послужило основанием для дренирования через суженную и разбужированную часть общего печеночного протока силиконовой перфорированной трубкой, дистальная часть которой была установлена в холедохе. Трубка (за шайбу) была подшита к стенке холедоха. Холедохотомическое отверстие ушито двухрядным кетгутовым швом на атравматической игле. Наложена холецистостома, дренаж которой выведен на переднюю брюшную стенку через контрапертуру.

Послеоперационный период протекал без осложнений, желтуха полностью исчезла. Больная выписалась домой в удовлетворительном состоянии. Через 3 месяца после операции больная была обследована. Состояние удовлетворительное, жалоб не было, желтухи не было.

Приведенные ближайшие отдаленные (в течение года) результаты дренирования у таких больных указывают на эффективность этих методов.

Таким образом, дренирование внутрипеченочных протоков Т-образным силиконовым дренажом при раке, локализуемом в воротах печени, разрешает механическую желтуху. Применение каждого из описанных способов дренирования внутрипеченочных протоков зависит от локализации опухоли, а также состояния проходимости дистальной части общего желчного протока.

Все три способа дренирования внутрипеченочных протоков Т-образным силиконовым дренажом при раке, локализуемом в воротах

гечени, применялись только для отведения желчи и разрешения механической желтухи, что облегчало общее состояние больных и продлевало их жизнь.

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

Վ. Վ. ԽՈՒԻՆՈՎ, Ի. Գ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

T-աձև ծորանների սիլիկոնային դրենաժով դրենաժափորման մոտակա հեռափոր աղյուսմաներ՝ ներլյարդային դռներում տեղակայված Բադցկեզի դեպիում

T-աձև սիլիկոնային դրենաժով միջլյարդային ծորանների դրենաժափորումը լյարդի դռներում ուռուցքային պրոցեսով հիվանդների մոտ՝ լեղաճեռացման ֆունկցիայի վերականգնման համար, լուծում է մեխանիկական դեղնախտի պրոբլեմը, բարելավում է հիվանդների վիճակը և երկարացնում կյանքը՝

ЛИТЕРАТУРА—ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

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