

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЕПАТОХОЛАНГИОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА

И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ, А. К. ХОЛОДНЫЙ (Минск)

Важным событием в хирургии желчных путей явилась успешно выполненная Н. Д. Монастырским в 1887 г. операция холецистоэнтеростомия больному по поводу рака головки поджелудочной железы. Была доказана возможность использования желудочно-кишечного тракта для постоянного оттока желчи в кишечник. Кроме того, это послужило толчком для разработки методов выполнения других соустьев между наружными желчными путями и желудочно-кишечным трактом.

Техника операций на наружных желчных протоках с годами совершенствовалась. И в настоящее время хирурги добиваются больших успехов при лечении механической жел-

тухи, вызванной рубцовыми стриктурами общего печеночного и желчного протоков (А. М. Заблудовский, С. П. Федоров, В. В. Огнев, И. И. Сосновик, А. Т. Лидский, И. М. Тальман, И. Н. Ищенко, Е. В. Смирнов, Лахей, Коле, Гепп и др.). Однако встречаются такие больные, у которых имеется облитерация, врожденная атрезия, раковое поражение внепеченочных желчных путей, альвеолярный эхинококк печени с прорастанием ее ворот. Эти заболевания крайне тяжелы и большей частью не излечимы. Надо сказать, что и сама механическая желтуха настолько отягощает состояние больных, что изыскание рациональных методов ликвидации застоя желчи в печени стало актуальной проблемой независимо от этиологии непроходимости желчных протоков.

Так, разработанные методики операций на внутрипеченочных желчных протоках в настоящее время не получают развития из-за тяжести самого заболевания, высокой летальности и малой эффективности некоторых из них.

В последние годы в хирургии печени и желчных путей все шире утверждаются оперативные методы, основанные на дифференциальном подходе к внутрипеченочным желчным протокам и экономной резекции печени в соответствии с анатомическим строением желчных протоков и сосудов печени (К. Куино, 1957; Чобану, 1961; Гепп и К. Куино; Примар и Флебо, и др.).

Решение вопроса об анастомозировании внутрипеченочных желчных протоков с желудочно-кишечным трактом, в частности с тощей кишкой, тесным образом связано с разработкой общих проблем желчно-пищеводно-печеночных анастомозов. Суждения различных авторов об эффективности этих анастомозов, опасности осложнений и отдаленных результатах того или иного вида соустья противоречивы. Все это говорит о том, что функциональные и морфологические изменения в печени после наложения соустья изучены еще недостаточно.

В доступной нам литературе мы не нашли данных об изучении гепатохолангиоэнтеростомии в условиях эксперимента, хотя этот вопрос и представляет для клиник значительный интерес, так как только в таких условиях можно получить подробные и четкие сведения о ее эффективности. Условия эксперимента позволяют, кроме того, сопоставить морфологические изменения с функциональными, изучить их в разные сроки после операций.

В опытах были использованы собаки обоего пола, различного возраста. Предварительно было поставлено 20 опытов с наливкой через общий желчный проток внутрипеченочных желчных ходов контрастным веществом (уксусно-кислый свинец в смеси с желатиной).

Динамика изменений вышеописанных тестов характеризовалась следующим. Уже на 4—5-е сутки после перевязки желчного протока развились признаки механической желтухи — желтушность слизистых склер, темное окрашивание мочи, кал серого цвета. Собаки становились беспокойными, теряли в весе. К 15-му дню концентрация билирубина в сыворотке крови с 0,36 мг% возросла до 8,4 мг%. Количество холестерина увеличилось в среднем в 3 раза.

При статистической обработке, позволяющей объективно оценивать количественные результаты данных небольшого числа наблюдений, мы пользовались разностным методом.

Наложение гепатохолангиоэнтероанастомоза уже на 5-е сутки после операции снижало концентрацию билирубина в крови до 2,56 мг% ($P < 0,001$), а холестерина — до 215 мг ($P < 0,001$).

В наших опытах мы использовали бромсульфалениновую пробу, отражающую экскреторную функцию печени и являющуюся самой точной и чувствительной функциональной пробой этого органа. Опыты проводили по методике, описанной Абасовым и Недошивиной. Рекомендуемая ими доза для пробы равна 5 мг%. Кровь бралась через 2, 15 и 30 мин.

Процент задержки бромсульфаленина определяли следующим образом: концентрация бромсульфаленина через 15 мин. $\times 100$: концентрация бромсульфаленина через 2 мин. Итак, исходные данные соответствуют 15 мг%. Через 15 дней процент задержки бромсульфаленина — 64,7 мг. Через 20 дней после наложения гепатохолангиоэнтероанастомоза процент задержки бромсульфаленина равнялся 25,7 мг, а через 5—6 месяцев после второй операции — 18 мг, т. е. приближался к исходным данным.

Особое значение при заболеваниях печени, в частности при механической желтухе, имеет исследование протеинограммы, так как она играет исключительную роль в белковом обмене.

При механической желтухе у собак выявлялась тенденция к гипоальбуминемии, умеренной гипер- и глобулинемии. После наложения гепатохолангиоэнтероанастомоза показатели белка и белковых фракций приближались к норме.

Большую роль в реакциях переаминирования (т. е. обратимого переноса аминогруппы) аминокислот к кетокислотам играют ферменты, получившие название трансаминаз. Известно, что этот фермент, обнаруженный во всех сыворотках животных и людей, участвует в процессе переаминирования аминокислот и способен изменять свою активность при ряде заболеваний. Значительное содержание трансаминазы в печени позволило предположить, что при заболеваниях печени возможно изменение ее концентрации в крови. Многие исследователи закупоривали желчный проток у собаки и при этом наблюдали увеличение трансаминазы, которая приходила в норму после ликвидации закупорки. Наши результаты совпадают с их данными. Так, исходные данные у собак были равны 10,4 ед., при механической желтухе содержание трансаминазы составляло 64,3 ед., на 20-й день после наложения гепатохолянгиоэнтероанастомоза трансаминаза снизилась до 15,8 ед., а спустя 5—6 месяцев — до 14,6 ед.

При изучении протромбинового индекса существенных изменений его при механической желтухе и после ее ликвидации нами не было выявлено.

В нашей работе мы использовали манометрический метод перфузии желчных путей и записывали данные на кимографе.

При перфузионном методе введения в желчные пути жидкости наполнение их происходит постепенно до начала эвакуации ее. Когда перфузия прекращается, начинается наблюдение за постоянным падением уровня жидкости до его полной стабилизации. При обтурационной желтухе манометрическая кривая характеризуется повышением исходного давления с непрерывным нарастанием давления наполнения. Величина давления прохождения не определялась, что свидетельствует об отсутствии эвакуации перфузионной жидкости.

После наложения соустья между внутрипеченочными желчными протоками и кишечником манометрическая кривая у собак была разной. Это также можно объяснить тем, что диаметр соустья неодинаковый и поэтому невозможно создать давление из-за постоянного оттока жидкости в кишечник.

При обтурационной желтухе в печени собак преобладают главным образом дистрофические изменения печеночной паренхимы. Печеночный эпителий теряет включения гликогена. Гликогенизация эпителия значительно снижена. Включения гликогена в цитоплазме содержат единичные клетки или не-

большие группы их на периферии долек. В цитоплазме многих печеночных долек есть мелкие капли жира. Жировые вакуоли гликогена не содержат. Дольковое строение печени сохранено. Трабекулы прямолинейны, и только на периферии долек, где значительно расширены синусоиды, печеночные балки деформированы. Пойкилоцитоз печеночных клеток умеренный. Границы их выражены удовлетворительно. Двухъядерных печеночных клеток с крупными ядрами мало. Ядрышки небольшие, обычно располагаются ближе к центру.

Синусоиды расширены больше на периферии долек. Купферовские клетки увеличены. В цитоплазме некоторых из них содержится желчный пигмент. Портальные тракты расширены. В области печеночной триады отмечается незначительная инфильтрация лимфоцитами и фибробластами. Коллагеновые волокна окружают элементы печеночной триады.

В расширенных желчных капиллярах небольшие округлой формы желчные тромбы. Их больше на периферии долек.

Создание оттока желчи в кишечник приводит к восстановлению структуры печеночных долек.

В хирургической клинике БелГИУВа 3 больным наложен анастомоз между тощей кишкой и внутрипеченочными желчными протоками: 2 с высокой обтурацией внепеченочных желчных протоков на почве воспалительного процесса и 1 с раковым поражением желчного пузыря и наружных желчных путей. Больная с облитерацией наружных желчных путей воспалительного характера оперирована дважды. В 2 случаях мы получили положительные результаты. Одна больная умерла от основного заболевания.

На основании наших и литературных данных мы считаем, что наложения соустья между внутрипеченочными желчными протоками и тонким кишечником должны производиться по строгим показаниям и только в том случае, если нет ни малейших возможностей наложения соустья с наружными желчными протоками.

После наложения соустья функциональные и морфологические показатели в печени приближались к норме.