

ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

Техника операций на дистальном отделе холедоха и большом сосочке двенадцатиперстной кишки при ее постбульбарных язвах

К. М. Курбанов,
Х. М. Норов,
М. К. Гулов

Кафедра общей хирургии № 1
ТГМУ им. Абу Али ибн Сина,
г. Душанбе

Авторами у 12 больных с пенетрирующими в желчные протоки постбульбарными язвами двенадцатиперстной кишки выполнены разработанные органосохраняющие оперативные вмешательства в сочетании с вмешательствами на общем желчном протоке и большом сосочке двенадцатиперстной кишки. Полученные результаты весьма обнадеживают. Применять такие вмешательства целесообразно только в специализированных гастроэнтерологических клиниках.

The Distal Bile Duct and Papilla Vategy Surgery in Post Bulbar Duodenal peptic Ulcer

K. M. Kurbanov,
Kh. M. Norov,
M. K. Gulov

The General Surgery Chair № 1
Abu Ali Ibn Sino Dushanbe
State Medical University
(Rector – Prof. K.M. Kurbanov)

In 12 penetrated in bile ducts post bulbar duodenal peptic ulcer patients authors provided original organ preserving operations combined with interventions on common bile duct and papilla Vategy. Achieved promising results inspired authors to recommend this technique for application in specialized gastroenterological clinics.

Введение

Постбульбарные язвы двенадцатиперстной кишки (ПБЯ), несмотря на расширение диагностических и лечебных возможностей, остаются сложной хирургической проблемой, что обусловлено многообразием их клинических проявлений и нередко атипичным течением [4, 5]. ПБЯ в отличие от язв луковичной и желудочной локализации в большинстве наблюдений каллезные, хронические, трудно поддаются обычной противоязвенной терапии и часто требуют оперативного лечения [1–3, 6]. Близкое расположение дистального отдела общего желчного протока, большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), массивные перипроцессы с пенетрацией и частые осложнения делают оперативное вмешательство по поводу ПБЯ технически и методически сложным, в ряде наблюдений повышено опасным и приводят к более частым осложнениям и неудовлетворительным результатам. В связи с этим весьма актуальна разработка новых способов хирургического лечения ПБЯ.

Материал и методы

Нами проведен анализ хирургического лечения 152 больных с ПБЯ. Мужчин было 120 (78.9%) женщин – 32 (21.1%). О результатах диагностики и лечения этих больных мы сообщали в предыдущих работах [7]. В настоящей статье мы анализируем результаты хирургического лечения 12 больных с пенетрирующими ПБЯ. При этом у 5 боль-

ных была околосоочковая локализация ПБЯ и вследствие перехода периульцерозной инфильтрации на БСДК отмечались иктеричность склер, желтушность кожных покровов и повышение уровня билирубина в крови. У 10 больных ПБЯ пенетрировала в общий желчный проток. В разные периоды заболевания 11 больным проводилось лечение по поводу острого холецистита (6), механической желтухи (3) и хронического панкреатита (2).

Для диагностики ПБЯ использовали рентгенологические и эндоскопические методы исследования, определяли состояние желудочной секреции (инсулин – гистаминовая проба), проводили рН-метрию, электрогастрографию, УЗИ поджелудочной железы, печени, желчного пузыря, исследовали активность панкреатических ферментов и уровня билирубина.

В последние годы для лечения ПБЯ все шире применяют органосохраняющие операции в сочетании с различными видами ваготомии. Особые трудности для хирургического лечения представляют околосоочковые и пенетрирующие в общий желчный проток ПБЯ, сопровождающиеся механической желтухой или холедоходуоденальными свищами. В этих ситуациях, естественно, высок риск повреждения БСДК и выводных протоков печени. Резекция желудка на включение язвы не решает проблемы.

В связи с этим при выполнении плановой операции у 2 больных нами выполнена радикальная операция – селективная проксимальная вагото-

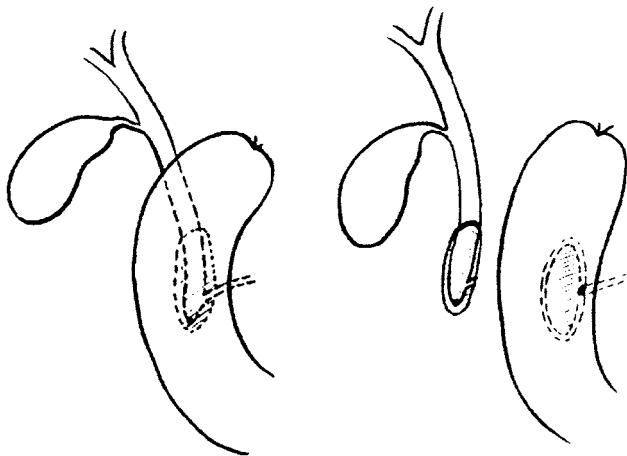


Рис. 1. Трансдуоденальное высечение БСДК.

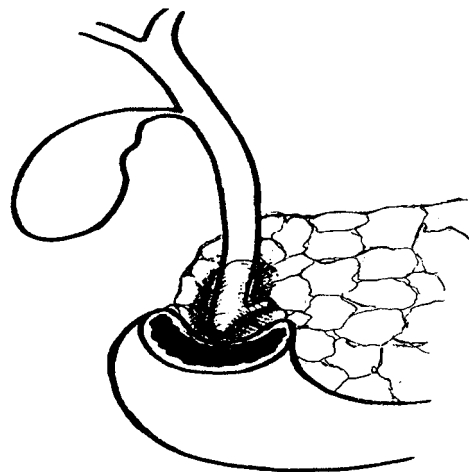


Рис. 2. Дуоденальная культя, обработанная ниже БСДК.

мия с удалением язвы и реплантацией БСДК¹. Радикальную дуоденопластику с реплантацией БСДК производили вынужденно и только при условии тщательного соблюдения всех мер профилактики, направленных на предотвращение ятрогенных повреждений желчных путей, несостоятельности швов и послеоперационного панкреатита. Непременными условиями профилактики указанных выше осложнений являются прецизионность манипуляции на всех этапах выполнения реплантации и применение противопанкреатической терапии с момента операций и в послеоперационном периоде.

Так, после мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру – Клермону визуально и пальпаторно определяют анатомические интраоперационные особенности язвенного процесса и его отношение к соседним органам, после чего выполняют селективную проксимальную ваготомию, производят надсосочковую поперечную дуоденотомию, уточняя локализацию язвы, ее размеры, степень пенетрации, состояние привратника и самое важное – поиск в зоне язвы БСДК с визуальной оценкой его состояния. В просвет БСДК ретроградно вводят зонд, определяют его проходимость, после чего овальным разрезом высекают БСДК из стенки двенадцатиперстной кишки (рис. 1) вместе со слизистой, иссекают язву и восстанавливают заднюю стенку двенадцатиперстной кишки. Далее выполняют реплантацию БСДК в бок двенадцатиперстной кишки и формируют пилорозентероанастомоз на длинной петле с энтеро-энтероанастомозом. Операцию завершают дренированием обоих выводных протоков в виде холецисто- или холедохостомы в сочетании с микровирсунгостомией, которая предупреждает не только внутрипротоковую гипертензию, но и развитие восходящей инфекции. Вместе с тем

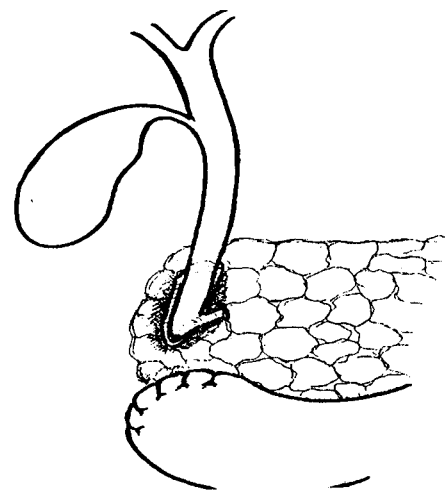


Рис. 3. Вид БСДК после поперечной дуоденотомии.

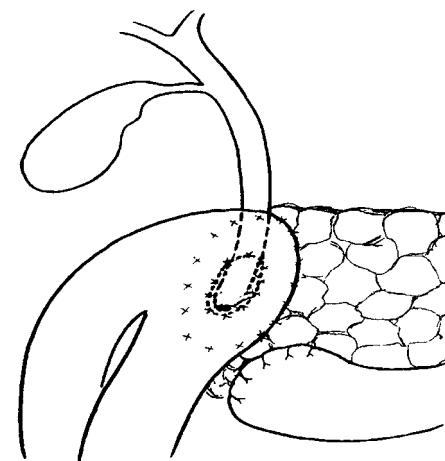


Рис. 4. Окончательный вид после реплантации БСДК.

¹ Приоритетная справка № 96000415 от 18.10.1996.

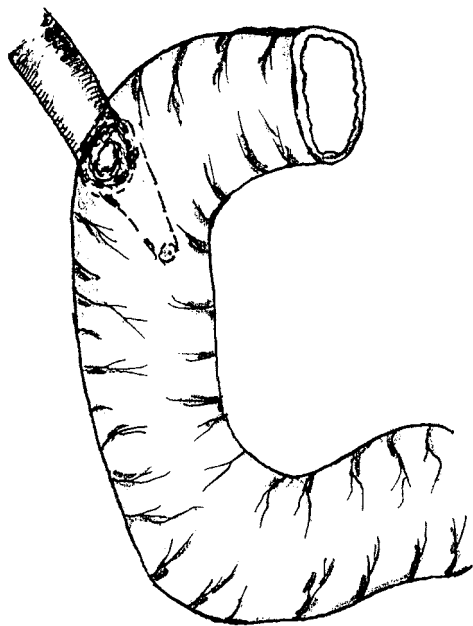


Рис. 5. Операция при пенетрации язвы в общий желчный проток.

изолированное отведение желчи и панкреатического секрета и формирование анастомоза на длинной петле устраняют один из механизмов активации трипсина и тем самым предупреждают развитие послеоперационного панкреатита и несостоятельность швов анастомоза.

Во втором варианте этой операции² у 2 больных при околососочковых ПБЯ после выполнения стволовой ваготомии деликатно и очень осторожно обнажают БСДК полностью (рис. 2), далее культю двенадцатиперстной кишки ниже БСДК обрабатывают открытым способом (рис. 3). С целью профилактики внутрипротоковой гипертензии и развития восходящего холангита реплантацию БСДК производят по принципу бок в бок в изолированную по Ру петлю тонкой кишки (рис. 4). Операцию завершают формированием пилорозентероанастомоза с межкишечным браунновским анастомозом.

Преимуществом данной методики является то, что изолированное формирование анастомоза на длинной петле по Ру способствует декомпрессии протоковой системы поджелудочной железы и профилактике энтеропанкреатического рефлюкса.

У 1 больного при пенетрации околососочковой язвы в стенку БСДК и ее грубой деформации, а также у 2 больных с холедоходуоденальными свищами после выполнения селективной желудочной ваготомии, пилородуоденопластики операцию завершали выполнением поперечной холедоходу-

оденостомии по разработанной методике³. При этом нивелируется развитие восходящего холангита и послеоперационного панкреатита.

При пенетрации язвы в общий желчный проток, имевшей место у 4 больных (рис. 5), и у 1 больного с холедоходуоденальным свищом применяли следующую методику операции. После выполнения селективной проксимальной ваготомии и мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру–Клермону производили локальное иссечение язвы, пенетрирующей в переднюю стенку общего желчного протока. На месте иссеченной язвы образуются поперечные дефекты стенки общего желчного протока и заднелатеральной стенки двенадцатиперстной кишки. Целостность общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки восстанавливали капроновыми швами узелками внутрь. Далее накладывали второй ряд серо-серозных узловых капроновых швов⁴.

Результаты и обсуждение

После выполнения разработанных оперативных вмешательств осложнений и летальных исходов не было.

Таким образом, проведенные исследования еще раз свидетельствуют о сложности диагностики и лечения пенетрирующих ПБЯ. Предложенные оперативные вмешательства не рекомендуются к широкому практическому применению. Эти операции могут быть выполнены по строгим показаниям высококвалифицированными специалистами в специализированных гастроэнтерологических клиниках.

Список литературы

1. Велигоцкий Н.Н., Курбонов К.М., Елов В.А., Кекало В.Б. Органосохраняющие методы в хирургии заампулярных язв двенадцатиперстной кишки. Клин. хир., 1990. № 11. С. 42–44.
2. Жерлов Г.К. Диагностика и лечение низкорасположенных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 1983. № 2. С. 14–18.
3. Калиш Ю.И., Торкин А.Э. Кровоточащие постбульбарные язвы. Хирургия. 1994. № 9. С. 46–49.
4. Оноприев В.И. Радикальная дуоденопластика в хирургии осложненных дуоденальных язв. 50 лекций по хирургии Media Medica. 2003. С. 281–291.
5. Будаев А.И., Горбунов П.М., Налкова С.П. Хирургическая тактика при язве двенадцатиперстной кишки, осложненной холедоходуоденальным свищом. Вестн. хир. 1992. № 4 С. 30–52.
6. Курбонов К.М. Органосохраняющие методы в хирургии постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1990.

³ Удостоверение на рационализаторское предложение № 1718, выданное ТГМУ в 1996 г.

⁴ Удостоверение на рационализаторское предложение № 1556, выданное ТГМУ в 1995 г.

² Удостоверение на рационализаторское предложение № 1832, выданное УИУВ в 1989 г.

7. Курбонов К.М., Ибодов С.Т. Диагностика и хирургическое лечение пенетрирующих язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2001. № 2. С. 9 – 11.

Комментарий

Нередко встречающиеся постбульбарные язвы двенадцатиперстной кишки создают серьезные проблемы для пациента и хирурга при развитии разнообразных осложнений, среди которых видное место занимает пенетрация язв в ретродуоденальный отдел общего желчного протока, а также образование воспалительного инфильтрата в зоне большого (реже малого) сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК). Дальнейшим развитием этих осложнений может быть образование внутреннего холедоходуоденального свища с возникновением механической желтухи и холангита у части больных, тогда как у других пациентов проходимость билиарного тракта остается ненарушенной. Описанные осложнения постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки (ПЯДК) могут обнаруживаться в ходе клинического предоперационного обследования больных, однако в целом ряде наблюдений о наличии пенетрации ПЯДК в общий желчный проток (ОЖП) или о вовлечении в патологический язвенный процесс БСДК хирург узнает (часто далеко не сразу) только после возникновения тяжелых интра- и послеоперационных осложнений. К числу таковых относятся прежде всего интраоперационная травма общего желчного и главного панкреатического протоков, самого БСДК, ткани головки поджелудочной железы, реже – сосудистых структур, что при отсутствии своевременной и адекватной коррекции осложнений имеет следствием развитие панкреонекроза, перитонита, наружных желчных, панкреатических, дуоденальных свищей, забрюшинной флегмоны, аррозионных кровотечений. Подобные тяжелые осложнения обычно носят комплексный характер, быстро приводя к развитию тяжелых трудно корригируемых нарушений гомеостаза и часто завершаясь летальным исходом. Поэтому при обнаружении ПЯДК задачами хирурга являются как дооперационное выявление вторичных поражений внепеченочных желчных путей и БСДК, так и составление рационального плана оперативного лечения.

Развитие интра- и послеоперационных осложнений при хирургических вмешательствах по поводу ПЯДК часто связано с избыточным радикализмом операций, стремлением хирурга во что бы то ни стало удалить низко расположенную пенетрирующую дуоденальную язву, невзирая на реальную опасность повреждения ОЖП, БСДК, поджелудочной железы. При этом достаточно распространенной ошибкой является стремление хирурга непременно использовать ушивание дуоденальной культи скользящим аппаратом. Использование подобных приемов в целом ряде наблюдений приводит к тому, что двенадцатиперстную

кишку пересекают в непосредственной близости или на уровне БСДК, а иногда и дистальнее его с перевязкой или прошиванием общего желчного и/или панкреатического протоков.

Усилия авторов настоящего сообщения направлены на разработку методик оперативных вмешательств, призванных излечить пациента как от язвенной болезни, так и от возникших осложнений. Однако большинство сформулированных авторами рекомендаций по технике расширенных комплексных операций при осложненных ПЯДК нельзя признать удачными.

В классической работе Hutchings (1956 г.) сформулированы основные задачи хирурга при лечении пациента с холедоходуоденальным свищом язвенной этиологии: 1) излечить язву; 2) предотвратить регургитацию желудочно-кишечного содержимого в билиарное дерево; 3) если необходимо, восстановить нормальную проходимость билиарного тракта. Наш многолетний опыт хирургического лечения больных с билиарными осложнениями язвенной болезни, а также выполнения повторных и реконструктивных оперативных вмешательств у пациентов с интраоперационными повреждениями желчных протоков, БСДК и поджелудочной железы согласуется с этими положениями. Для решения двух первых задач оптимальным является выполнение поддиафрагмальной стволовой ваготомии, антрумэктомии с формированием гастроэюноанастомоза с выключенной по Ру изолированной петлей тощей кишки – “операция ВАРУ”, по определению В.П. Петрова. При низких постлуковичных язвах, пенетрирующих в ОЖП или зону БСДК, попытки иссечения язв представляются чрезмерно травматичными, а главное, излишними; обработка дуоденальной культи на выключение должна производиться без использования сшивающих аппаратов, “в открытую”, что позволяет на глаз ориентироваться относительно расположения БСДК и о его взаимоотношениях с язвенным инфильтратом.

Проблема обеспечения свободного желчеоттока в послеоперационном периоде не решается однозначно во всех случаях билиарных осложнений дуоденальных язв. Примерно у половины пациентов с пенетрацией язв в общий желчный проток с образованием холедоходуоденального свища или в стадии префистулы нарушения проходимости билиарного тракта отсутствуют, и после выполненного отключения двенадцатиперстной кишки и заживления язвы рецидива желтухи и холангита не наступает. В тех же ситуациях, когда при интраоперационной ревизии и рентгеноконтрастном исследовании желчных путей выявляется формирующаяся или сформированная стриктура дистального отдела ОЖП или папиллы, возникают показания к дополнительному наложению билиодигестивного анастомоза. Применение при этом холецистоэюноанастомоза допустимо лишь в отдельных наблюдениях, при малом диаметре и

истончении стенки общего желчного протока, учитывая недостаточную эффективность подобного соустья, повышенную опасность рецидива билиарной гипертензии. При благоприятных местных условиях эффективно формирование супрадуоденального анастомоза ОЖП с дуоденальной культей. При непригодности последней для создания надежного соустья с ОЖП наиболее радикальным и эффективным представляется использование для анастомоза с общим печеночно-желчным протоком проксимального участка изолированной петли тощей кишки, несущей гастроэнтероанастомоз.

Указанные приемы позволяют избежать использования рекомендуемых авторами статьи чрезмерно травматичных трансдуоденальных процедур, иссечения и реплантации БСДК и т.п., которые в руках не столь высокотехнических и изощренных специалистов, как авторы статьи, будут неизбежно сопровождаться тяжелыми осложнениями. По моему мнению, разработанные авторами оперативные приемы, апробированные ими на сравнительно небольшом клиническом материале, не должны быть рекомендованы ши-

рокому кругу хирургов для применения при первичных операциях по поводу осложненной язвенной болезни, поскольку желательного лечебного эффекта вполне возможно достичь гораздо более безопасными, но не менее надежными способами.

Вместо с тем проведенные авторами разработки могут иметь определенное, хотя и более узкое, чем представляется авторам, практическое значение. Предложенные ими технические приемы могут оказаться полезными для коррекции непредвиденных осложнений, возникших в ходе операций при ПЯДК, отдельные их элементы могут быть использованы и при выполнении реконструктивных операций в отдаленные сроки после операций по поводу дуоденальных язв, осложнившихся интраоперационными повреждениями желчных и панкреатических протоков, БСДК и поджелудочной железы. С этих позиций публикация данной статьи с ее дискуссионными положениями представляется полезной для ознакомления широкой массы специалистов, интересующихся проблемами гепатобилиарной хирургии.

Проф. *М.В. Данилов*