

УДК 616.367+616.361-089)-08-084

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ПОСЛЕ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИИ

В.Н. Колоцей

Гродненский государственный медицинский университет



Колоцей Владимир Николаевич – ассистент кафедры хирургии № 1, врач-I квалификационной категории.

В клинике произведено комплексное обследование 34 больных с неудовлетворительными результатами после холедоходуоденостомии. 11 больных были оперированы с применением папиллосфинктеротомии с рехоледоходуоденостомией (4), терминального холедоходуоденоанастомоза (1), проксимальной дуоденоеюностомии (3), резекции желудка по Ру-Габереру (3) с дополнением папиллосфинктеротомией. Наилучшие отдаленные результаты получены у больных, которым выполнялись операции, выключающие 12-перстную кишку из пассажа пищи, дополненные папиллосфинктеротомией.

Ключевые слова: холедоходуоденостомия, папиллосфинктеротомия, проксимальная дуоденоеюностомия.

34 patients with unsatisfactory results after choledochoduodenostomy were examined with using clinic, laboratory, X-ray, endoscopic, ultrasonography and functional methods. Reconstructive operations were performed in 11 patients: papillosphincterotomy with recholedochoduodenostomy (4), terminal choledochoduodenostomy (1), proximal duodenojejunosotomy (3) and resection of stomach by Roux-Haberer with papillosphincterotomy. The best remote results were achieved in patients, who had been performed operations with arrest of food flow in the duodenum in combination with papillospincterotomy.

Key words: choledochoduodenostomy, papillosphincterotomy, proximal duodenojejunosotomy.

Материал и методика

В данное исследование включены результаты обследования и лечения 34 больных с неудовлетворительными результатами после холедоходуоденостомии [2, 3]. При поступлении в стационар всем больным производили ультразвуковое сканирование с целью выявления патологии со стороны общего желчного протока, печени, поджелудочной железы. Для обнаружения патологических изменений со стороны слизистой желудка и 12-перстной кишки больным производили фиброэзофагогастродуоденоскопию. Производилось целенаправленное изучение состояния холедоходуоденоанастомоза, наличия дуоденобилиарного рефлюкса. 18 больным была выполнена рентгенография желудка с дуоденографией. При этом обращали внимание на наличие язвенной болезни, размер холедоходуоденоанастомоза, заброс контраста в желчные

протоки и время его эвакуации, форму 12-перстной кишки, состояние дуоденоеюнального перехода. По ходу оперативных вмешательств применяли фиброхоледоскопию, интраоперационную холангиографию.

11 больных были подвергнуты реконструктивным оперативным вмешательствам [1, 4, 5], при выполнении которых для коррекции неудовлетворительных результатов 4 больным было применено следующее оперативное вмешательство – трансдуоденальная папиллосфинктеротомия (ПСТ) с рехоледоходуоденостомией. 1 пациенту в связи с выявленным стенозом холедоходуоденоанастомоза (ХДА) был наложен терминальный ХДА [4]. 3 больным была произведена разработанная нами методика проксимальной дуоденоеюностомии (положительное решение о выдаче патента №а19981082 от 31.01.2003 г.). Одному больному

была произведена экономная резекция антрального отдела желудка по Ру-Габереру. Еще 2 больным выполнили резекцию 2/3 желудка по Ру-Габереру при эрозивном антрум-гастрите и язвенной болезни желудка. Оперативные вмешательства, направленные на выключение 12-перстной кишки из пассажа пищи, дополнялись трансдуоденальной папиллосфинктеротомией для коррекции синдрома «слепого мешка». При этом мы разработали и внедрили новый способ трансдуоденальной папиллосфинктеротомии (приоритетная справка №а19991134 от 28.03.2000 г.).

Результаты и обсуждение

При объективном обследовании желтушность кожных покровов и склер диагностирована у 21 пациента (61,8%). При пальпации живота болезненность в правом подреберье выявлена у 24 больных (70,6%), в эпигастрии – у 16 (47,1%), у 9 (26,5%) – в левом подреберье. Симптом Грекова-Ортнера был положителен у 6 больных (17,6%).

При выполнении ультразвукового исследования желчевыводящих протоков, печени, поджелудочной железы у 26 больных (76,5%) выявлено расширение холедоха свыше 10 мм, у 13 больных (38,2%) – утолщение стенки общего желчного протока до $2,0 \pm 0,5$ мм ($P < 0,05$). Ультразвуковое сканирование печени у 28 больных (82,4%) показало повышение ее эхогенности, а у 14 больных (41,2%) выявлены признаки увеличения печени до +4 см. У 10 больных (29,4%) было отмечено расширение внутрипеченочных желчных протоков. У 7 больных (20,6%) был диагностирован холедохолитиаз.

Выполнение фиброэзофагогастродуоденоскопии позволило диагностировать язвенную болезнь 12-перстной кишки у 9 больных (26,5%), желудка – у 1 пациента (2,9%), эрозивный гастродуоденит у 18 пациентов (52,9%). Дуоденогастральный рефлюкс был диагностирован у 23 больных (67,6%). Холедоходуоденоанастомоз был визуализирован у 19 больных (55,9%). При этом у 14 пациентов (41,2%) обнаружены явления отека и гиперемии в этой области.

С целью изучения моторно-эвакуаторной функции 12-перстной кишки, размера и функции холедоходуоденоанастомоза, рентгенография желудка с дуоденографией произведена 11 больным (32,4%), зондовая дуоденография – 7 пациентам (20,6%).

Дуоденобилиарный рефлюкс выявлен у 15 больных (83,3%), причем у 9 больных (50,0%) контраст обнаруживался не только во внепеченочных, но и во внутрипеченочных протоках. Через 6 часов наличие бария во внепеченочных желчных протоках диагностировано у 6 пациентов (33,3%). В дистальном отделе общего желчного протока ниже ХДА на протяжении 3 – 4 см у 14 больных (77,8%) выявлено наличие контраста в «слепом мешке». Расширение общего желчного протока отмечено у 12 больных (66,7%), у 4 из них (22,2%) выявлен холедохолитиаз. У 13 больных (72,2%) отмечено замедленное продвижение контрастной массы по 12-перстной кишке. У 5 больных (27,7%) отмечены маятникообразные антиперистальтические движения с дуоденогастральным и дуоденобилиарным рефлюксом.

Фиброхоледохоскопия в 6 случаях (17,6%) позволила выявить наличие холедохолитиаза, большое количество замазкообразных масс в дистальном отделе холедоха, а также остатки пищи. Интраоперационная холангиография в ходе реконструктивных операций выполнена у 3 больных (8,8%). Что позволило установить множественный холедохолитиаз, который в 2 случаях даже блокировал ХДА.

В связи с неэффективностью консервативной терапии, сохраняющейся механической желтухой 5 больным (15,5%) были выставлены показания к срочному оперативному лечению. 6 больных (17,6%) после проведенного комплексного обследования были подвергнуты оперативному лечению в плановом порядке. Выбор метода оперативного вмешательства определялся индивидуально с учетом выявленной патологии, данных лабораторной и инструментальной диагностики, возраста и сопутствующей патологии. 4 больным была произведена лапаротомия, ревизия холедоходуоденоанастомоза после рассечения его передней стенки. При этом производилась холедохолитотомия, а с целью разгрузки «слепого мешка» выполняли трансдуоденальную папиллосфинктеротомию. Операцию завершали повторным наложением ХДА. В 3 случаях пациентам произвели проксимальную дуоденоюностомию с выполнением трансдуоденальной ПСТ на открытой культе с проведением папиллотомного зонда через ХДА по разработанной нами методике. 2 пациентам произведена резекция 2/3 желудка по Ру-Габереру, еще 1 больно-

му – антрум-резекция желудка с использованием изолированной петли тощей кишки по Ру. Эти реконструктивные операции во всех случаях дополнялись трансдуоденальной ПСТ. Одному больному с диагностированным стенозом ХДА и протяженной стриктурой терминального отдела холедоха был наложен термилоатеральный холедоходуоденоанастомоз.

Отдаленные результаты произведенных реконструктивных операций в сроки от одного года и более изучены у 9 пациентов. У 5 больных они признаны хорошими. Эти пациенты ведут обычный образ жизни, диету практически не соблюдают, при осмотрах жалоб не предъявляли. Следует указать, что 4 из 5 пациентов этой группы были выполнены операции, выключающие 12-перстную кишку из пассажа пищи, в том числе в 2 случаях – проксимальная дуоденоюностомия. У 3 больных результаты лечения расценены как удовлетворительные. Эти пациенты в целом отмечали удовлетворительное самочувствие, хотя у них периодически появлялись боли в верхней половине живота, которые, как правило, купировались самостоятельно либо приемом спазмолитиков. У 1 пациента результат лечения признан неудовлетворительным в связи с сохраняющимся болевым синдромом, периодическим появлением желтушности кожных покровов и склер, ознобами. Этому пациенту выполнялась холедохолитотомия с повторным наложением ХДА.

Таким образом, наилучшие результаты при хирургическом лечении больных с неудовлетворительными результатами после ранее произведенной холедоходуоденостомии были получены у пациентов, которым выполнялись операции, направленные на выключение 12-перстной кишки из пассажа пищи, дополненные трансдуоденальной ПСТ. Применение таких операций устраняет возможность заброса пищевых масс через ХДА в билиарный тракт, а также устраняет синдром «слепого мешка». Наиболее предпочтительной из них является проксимальная дуоденоюностомия. Данное оперативное вмешательство является наименее травматичным, органосохраняющим (не производится резекция желудка), сохраняется пилорический жом, что в значительно меньшей степени нарушает эвакуаторную функцию желудка.

Операции, направленные лишь на устранение холедохолитиаза, механической желтухи и рекон-

струкцию ХДА в прогностическом плане являются менее эффективными, так как они не устраняют патогенетических предпосылок для развития в последующем холангита, что вновь приводит к неудовлетворительным результатам лечения.

Выводы

1. При выборе метода коррекции неудовлетворительных результатов после холедоходуоденостомии следует отдавать предпочтение операциям, выключающим 12-перстную кишку из пассажа пищи, с обязательным дополнением папиллосфинктеротомией.

2. Показания к операциям рехоледоходуоденостомии и двойного внутреннего дренирования должны быть ограничены вследствие недостаточной их эффективности.

Литература

1. Вишневский В.А., Джоробеков А.Д., Благовидов Д.Ф. Диагностика и хирургическое лечение гнойного холангита при повторных операциях на желчных путях // Материалы 1 Всесоюзной конференции по хирургии печени и желчных путей. Ташкент, 14-15 ноября 1991 г. – Ташкент, 1991. – С. 60-62.
2. Гарелик П.В., Жандаров К.Н. Хроническая дуоденальная непроходимость в сочетании с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. – Гродно, 2001. – С. 82-83.
3. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2000. – С. 234-235.
4. Пиковский Д.Л., Градусов В.П. Рефлюкс-холангит после холедоходуоденостомии // Материалы 1 Всесоюзной конференции по хирургии печени и желчных путей. Ташкент, 14-15 ноября 1991 г. – Ташкент, 1991. – С. 136-138.
5. De Meester T.R., Fuchs K.H., Boal C.S. Experimental and clinical results with proximal end-to-end duodenojejunosomy for pathologic duodenogastric reflux // Am. Surg. – 1987. V. 206. - № 4. – P. 414 - 426.

Resume

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH UNSATISFACTORY RESULTS AFTER CHOLEDOCHODUODENOSTOMY V.N.Kolotsei

Grodno State Medical University

The best results in treatment of patients with unsatisfactory results after choledochoduodenostomy were achieved due to using reconstructive operations with further arrest of food flow in the duodenum supplemented by transduodenal papillosphincterotomy. Indications to operations of recholedochoduodenostomy with papillosphincterotomy must be limited.