

© Коллектив авторов, 2008
УДК 616.361-002-089:[616.367+616.342]-089.84

Н.В.Гибадулин, С.Ю.Телицкий, И.О.Гибадулина, А.С.Новокрещенных

АРЕФЛЮКСНАЯ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИЯ В ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА

Кафедра хирургии (нач. — проф. Н.В.Гибадулин) Томского военно-медицинского института

Ключевые слова: холангит, механическая желтуха, арефлюксная холедоходуоденостомия.

Введение. Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных и эндоскопических методов декомпрессии билиарного тракта при лечении пациентов с прогрессирующим течением механической желтухи и холангиогенной инфекции, в ряде случаев возникает необходимость формирования обходных билиодигестивных соустьев. В частности, при множественном холедохолитиазе, протяженных стриктурах терминального отдела общего желчного протока, неуверенности в полном удалении конкрементов из желчных протоков либо при выполнении повторных реконструктивных операций на билиопанкреатодуоденальной области используются различные способы внутреннего дренирования билиарного тракта [4, 5].

Классические варианты билиодигестивных анастомозов предполагают свободное сообщение печеночного дерева с различными отделами желудочно-кишечного тракта, в результате чего создаются условия для затекания пищевых масс в желчные протоки с развитием рецидива холангиогенной инфекции, стриктур сформированных соустьев и прогрессированием билиарного цирроза печени [1–3, 5, 6]. Таким образом, проблема улучшения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с механической обструкцией желчных протоков путем выполнения функционально выгодных дренирующих операций является актуальной и требует своего дальнейшего совершенствования.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов применения оригинального арефлюксного холедоходуоденоанастомоза у 32 больных с желчнокаменной болезнью, осложненной желчной гипертензией и острым холангитом. В 23 (71,9%) случаях механическая желтуха

была обусловлена холедохолитиазом с наличием множественных конкрементов во вне- и внутрипеченочных протоках, у 9 (28,1%) пациентов — протяженными стриктурами дистального отдела общего желчного протока. Все больные были оперированы по оригинальной методике анастомозирования супрадуоденального отдела общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки с формированием из слизисто-подслизистых слоев кишечной стенки двустворчатого инвагинационного клапана¹. Способ формирования арефлюксного холедоходуоденоанастомоза выполняли следующим образом: на переднюю стенку супрадуоденального отдела общего желчного протока накладывали две лигатуры-держалки, с помощью которых ее приподнимали и рассекали в продольном направлении на 15–17 мм. Далее на переднюю стенку двенадцатиперстной кишки накладывали две лигатуры-держалки, с помощью которых выполняли поперечную дуоденотомию длиной 15–17 мм. Затем окаймляющим дуоденотомическое отверстие разрезом, отступая на 12–15 мм от краев последнего, рассекали и отсепааровывали серозно-мышечную оболочку двенадцатиперстной кишки, оголяя подслизистый слой в виде двух полулуний (рис. 1, а). После этого на заднюю полуокружность соустья накладывали 5–7 узловых швов, проходящих через край рассеченной серозно-мышечной оболочки двенадцатиперстной кишки, слизисто-подслизистые слои кишечной стенки по краю дуоденотомического отверстия и далее через стенку общего желчного протока (рис. 1, б). При этом использовали инертный рассасывающийся шовный материал на атравматической игле.

После наложения швов на заднюю полуокружность анастомоза швы поочередно завязывали узлами наружу, тщательно адаптируя слизистые оболочки двенадцатиперстной кишки и общего желчного протока. Затем таким же образом накладывали и завязывали 5–7 швов на переднюю полуокружность соустья, при этом избыток слизисто-подслизистых слоев двенадцатиперстной кишки в виде дубликатуры инвагинировали в просвет кишки, формируя две полулунные створки арефлюксного клапана (рис. 1, в). Переднюю полуокружность соустья дополнительно укрепляли наложением 2–3 серозно-мышечных швов.

Функциональные результаты применения разработанного способа внутреннего дренирования печеночного дерева изучались с помощью визуализации билиопанкреатодуоденальной области ультразвуковыми, эндоскопическими и рентгенологическими способами. Использовали ультразву-

¹ Патент РФ № 2302831 от 20.07.2007 г. Способ хирургического лечения больных с механической желтухой / Н.И.Гибадулин, А.С.Новокрещенных, И.О.Гибадулина и др. — Заяв. 15.02.2006 г.

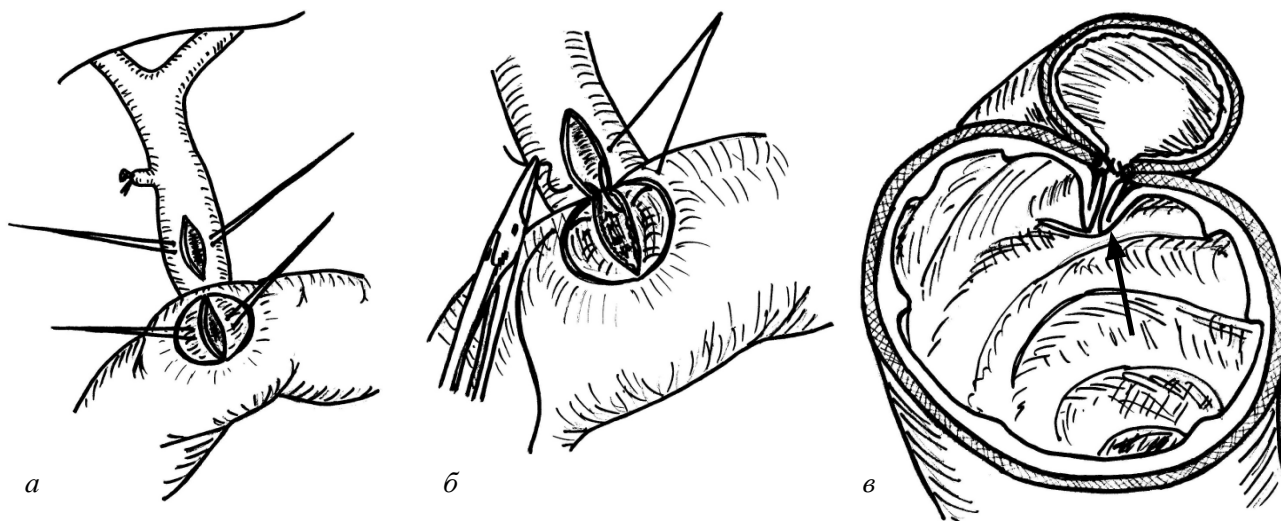


Рис. 1. Этапы формирования арефлюксного холедоходуоденоанастомоза.

а — продольная супрадуоденальная холедохотомия и поперечная дуоденотомия. Вокруг дуоденотомического отверстия рассечена и отсепарована серозно-мышечная оболочка двенадцатиперстной кишки в виде двух полулуний; *б* — однорядным узловым швом формируют заднюю полуокружность анастомоза; *в* — окончательный вид сформированного холедоходуоденоанастомоза (фронтальный разрез): в просвете двенадцатиперстной кишки определяется двустворчатый инвагинационный клапан (обозначен стрелкой).

ковой сканер «Logic-400» фирмы «General Electric» (США) с мультисекторными датчиками 3,0–7,5 МГц; фиброскопы фирмы «Olympus» GIF P-30 (Япония); рентгенодиагностический комплекс РУМ-20М (Германия). Динамическую гепатобилисцинтиграфию проводили с помощью гамма-камеры Diasat Open фирмы «Siemens» (Германия), в качестве радиофармпрепарата использовали бромезид — ^{99m}Tc . Уровень качества жизни пациентов оценивали с помощью специализированного опросника Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI, E.Eyrasch, 1995).

Результаты и обсуждение. При проведении лабораторных исследований у пациентов отмечены нарушения функции печени, характеризующиеся синдромами холестаза, цитолиза, печеночно-клеточной недостаточности, а также мезенхимально-воспалительным синдромом. При этом концентрация общего билирубина крови составила от 70 до 280 мкмоль/л [в среднем — $(144,2 \pm 9,8)$ мкмоль/л], преимущественно за счет прямой фракции. По данным бактериологического исследования, в посевах желчи, взятой из просвета общего желчного протока, чаще всего определялись *Escherichia coli* (65,8%), *Enterococcus faecalis* (14,9%), *Klebsiella* (9,7%), *Enterobacter aerogenes* (3,5%); причем в большинстве случаев (78,1%) высеивались ассоциации микроорганизмов.

9 (28,1%) больным были выполнены срочные операции, 21 (65,6%) пациенту хирургические вмешательства выполнялись в отсроченном порядке после проведения интенсивных лечебных мероприятий, направленных на коррекцию всех видов нарушений обмена. В 2 (6,3%) случаях первым этапом была выполнена чрескожная пункцион-

ная разгрузочная холецистостомия под контролем трансабдоминальной ультрасонографии, а спустя 7 сут — вторым этапом осуществлено внутреннее дренирование билиарного тракта.

С целью декомпрессии желчных протоков в ранний послеоперационный период формирование холедоходуоденоанастомоза у всех пациентов сочетали с наружным дренированием общего желчного протока по Халстеду–Пиковскому. В одном случае при недостаточной подвижности передней стенки двенадцатиперстной кишки вследствие выраженного спаечного процесса дополнительно проводили мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру, что позволило выполнить холедоходуоденостомию по разработанной методике.

Анализируя результаты применения разработанного способа хирургической коррекции механической желтухи на фоне острого холангита, следует подчеркнуть, что случаев послеоперационной летальности и специфических осложнений отмечено не было. В послеоперационном периоде кратковременное желчеистечение по контрольному дренажу констатировано у 1 (3,1%) пациента. У 5 (15,6%) больных возникли осложнения общехирургического характера, приведшие к задержке выписки из стационара: в 2 случаях развился реактивный панкреатит, у одной пациентки диагностирована левосторонняя нижнедолевая пневмония и у 2 пациентов были отмечены явления анастомозита. Послеоперационный койко-день в среднем составил $9,8 \pm 1,13$.

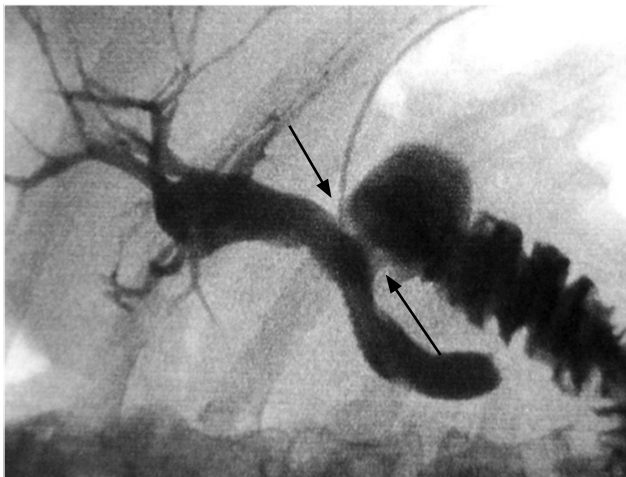


Рис. 2. Рентгенофистулохолангиограмма пациента С., 58 лет.

3-и сутки после холецистэктомии с формированием арефлюксного холедоходуоденоанастомоза. Визуализируется порционная эвакуация контрастного вещества из общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку. Зона сформированного соустья обозначена стрелками.

Рассматривая результаты проведения антибактериальной терапии, следует отметить, что в комплексе с мероприятиями детоксикации и иммунокоррекции эффективными в отношении холангиогенной инфекции у большинства пациентов оказались цефалоспорины третьего поколения. При комплексном обследовании в послеоперационный период у подавляющего большинства больных отмечалось значительное повышение уровня качества жизни, приближавшегося к аналогичным показателям популяционной нормы. Результаты инструментальных исследований свидетельствовали о хорошей функциональной активности обходных билиодигестивных анастомозов. При этом сформированный из слизисто-подслизистых оболочек двенадцатиперстной кишки двустворчатый инвагинационный клапан надежно предотвращал развитие регургитационных осложнений и рубцового стеноза сформированных соустьев (рис. 2).

Таким образом, внедрение в клиническую практику разработанного способа холедоходуоденоанастомозии позволило не только добиться адекватной хирургической коррекции желчеоттока при обтурационных поражениях желчевыводящих путей, избежать летальности и тяжелых осложнений раннего послеоперационного периода, но и предотвратить рецидив холангиогенной инфекции.

Выводы. 1. Применяемая методика прецизионной техники в формировании однорядного арефлюксного холедоходуоденоанастомоза обес-

печивает надежную герметизацию соустья, способствует заживлению анастомотического кольца по типу первичного натяжения с минимальной воспалительной реакцией и без образования грубого рубца.

2. Формирование клапанного механизма в области холедоходуоденоанастомоза не приводит к грубой деформации двенадцатиперстной кишки, не препятствует желчеоттоку и обеспечивает надежные арефлюксные свойства билиодигестивному соустью.

3. Клиническое применение разработанного арефлюксного холедоходуоденоанастомоза обеспечивает скорейшую реабилитацию пациентов и восстановление показателей уровня качества жизни оперированных больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акилов Х.А., Акбаров М.М., Музаффаров Ф.У., Нишанов М.Ш. Хирургическое лечение рефлюкс-холангита и стриктур билиодигестивных анастомозов после реконструктивных вмешательств на желчных протоках // Анналы хирургической гепатологии.—2005.—№ 2.—С. 47.
2. Аутлев К.М. Экспериментальное и клиническое обоснование применения арефлюксных билиодигестивных анастомозов в лечении механической желтухи: Дис. ... д-ра мед. наук.—Томск, 2005.—322 с.
3. Котельникова Л.П., Черкасов В.А., Палатова Л.Ф. Сроки возникновения рубцовых стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастомозов // Анналы хирургической гепатологии.—2003.—№ 2.—С. 97.
4. Пострелов Н.А., Гранстрем К.О., Дрогомирецкая Е.И. и др. Клинические формы холангиогенной инфекции в хирургической практике // Вестн. хир.—2002.—№ 1.—С. 45–47.
5. Ханевич М.Д., Зубрицкий В.Ф., Грабовый А.М. Лечение механической желтухи неопухолевого генеза // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии.—2003.—№ 1.—С. 31–34.
6. Meylaerts S.A., van Gulik T.M., Rauws E.A., Gouma D.J. Obstructive jaundice after surgery of the biliary tract, a benign stricture or not? // Ned. Tijdschr. Geneesk.—2004.—№ 23.—P. 1157–1161.

Поступила в редакцию 04.05.2008 г.

N.V.Gibadulin, S.Yu.Telitsky, I.O.Gibadulina,
A.S.Novokreshchennykh

AREFLUX CHOLEDOCHODUODENOSTOMY IN SURGERY OF ACUTE CHOLANGITIS

The work presents an analysis of results of using an original areflux choledochoduodenostomosis in 32 patients with acute cholangitis developed against the background of bile hypertension. The method of correction of mechanical jaundice is supposed to be formed in the area of biliodigestive fistula of the bicuspid invagination valve from the mucosal-submucosal layers (RF Patent № 2302831 of 20.07.2007). The introduction into clinical practice of the developed method of choledochoduodenostomy allowed not only arresting cholangiogenous infection in cases of obturational lesions of bile ducts, avoiding lethality and severe complications in the early postoperative period, but also prevention of the development of reflux-cholangitis.