

ЛИТЕРАТУРА

1. Вавилов М.А. Иммуноморфологическая характеристика клеток воспалительного инфильтрата в коже больных красным волосатым лишаем Девержи // Вестник дерматологии и венерологии. — 2006. — № 4. — С. 4-7.
2. Кривошеев Б.Н., Куимов А.Д., Кривошеев А.Б. Латентные и манифестные нарушения порфиринового обмена. — Новосибирск: СО РАМН, 2005. — 248 с.
3. Ярилин А.А. Основы иммунологии. — М.: Медицина, 1998. — С.608.
4. Elder G.H. Immunoreactive uroporphyrinogen decarboxylase in the liver in porphyria cutanea tarda // Lancet. — 1985. — Vol.2. — №8449. — P.229-232.
5. Elder G.H. Porphyria cutanea tarda // Semin Liver Dis. — 1998. — Vol.18. — P.67-75.
6. Falkiewicz B. Porphyria cutanea tarda — new views on its pathogenesis and therapy // Wiad. Lek. — 1997. — Vol.50. — P.106-111.
7. Krajnc I., Viziak A., Hvala A., Jureic V. The significance of histological analysis of skin lesions in porphyria cutanea tarda // Wiener Klinische Wochenschrift. — 1998. — Bd.110/18. — S.651-654.
8. Kemmer C., Reitmann I., Kostler E., Riedel H. Das morphologische Hautschadensbild Der Porphyria cutanea tarda // Zentralbl. Allg. Pathol. Anat. — 1988. — Vol.134. — P.227-234.
9. Lewer W.E. Histopathology of the skin. — USA: J.B.Lippincott, 1989. — P.462-464.
10. Milne J.A. An Introduction to the Diagnostic Histopathology of the skin. — London: Edward Arnold, 1972. — P.190, 211-213.
11. Timonen K. Skin morphology in porphyria cutanea tarda does not improve despite clinical remission // Clin. Exp. Dermatol. — 1991. — Vol.355. — P.358.

HISTOLOGIC, HISTOCHEMICAL WITH AND IMMUNOMORPHOLOGIC RESEARCHES OF THE SKIN OF PATIENTS PORPHYRIA CUTANEA TARDA

A. Hatanbaatar, N.P. Kuznetsova, S.S. Golubev

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Regional Clinical Advisory Diagnostic Center)

Results of complex research of epidermis and derma with application of histologic, histochemical and immunohistochemical methods in 31 patients with porphyria cutanea tarda are presented. Are described immunomorphologic changes with the characteristic of cells inflammatory infiltrate in a skin of patients with this disease.

© ГИБАДУЛИН Н.В., СОНГОЛОВ Г.И. НОВОКРЕЩЕННЫХ А.С., ГИБАДУЛИНА И.О., ЗАХАРОВ А.Н. — 2006

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Н.В. Гибадулин, Г.И. Сонголов, А.С. Новокрепленных, И.О. Гибадулина, А.Н. Захаров
(Томский военно-медицинский институт, директор — генерал-майор м/с О.Н. Жаткин,
кафедра военно-полевой хирургии, зав. — полковник м/с Р.С. Баширов;

Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов,
кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, зав. — к.м.н., доц. Г.И. Сонголов)

Резюме. В работе анализируются результаты экспериментальной разработки и клинического применения арефлюксного билиодигестивного холедоходуоденоанастомоза в хирургии механической желтухи. В эксперименте доказана возможность формирования из слизисто-подслизистых слоев двенадцатиперстной кишки двустворчатого инвагинационного клапана в области желчеотводящего соустья. При этом сформированный арефлюксный клапан сохранял свою форму и жизнеспособность во все контрольные сроки наблюдения, не приводил к нарушению желчеоттока, надежно препятствовал развитию послеоперационного рефлюкс-холангита. Результаты клинического применения разработанного способа хирургической коррекции механической желтухи свидетельствуют о хорошей функциональной активности арефлюксных билиодигестивных анастомозов, способствующих скорейшей реабилитации пациентов и восстановлению показателей уровня качества жизни оперированных больных.

Ключевые слова: арефлюксный билиодигестивный анастомоз, инвагинационный клапан, механическая желтуха.

С ростом заболеваемости органов гепатопанкреатодуоденальной зоны в последние годы отмечается неуклонное увеличение числа пациентов с синдромом механической желтухи. По данным ряда авторов, оперативные вмешательства при доброкачественном поражении внепеченочных желчных протоков в 15–25% случаев заканчиваются наложением обходных билиодигестивных анастомозов, а при злокачественном поражении панкреатодуоденальной зоны — количество подобных операций увеличивается до 80–85% [3, 5].

Основным недостатком широко применяемых в хирургической гастроэнтерологии классических

вариантов внутреннего дренирования печеночного дерева является ретроградное затекание пищевых масс в желчные протоки с развитием рефлюкс-холангитов и стриктур сформированных анастомозов [1–4].

Таким образом, проблема улучшения непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с механической обструкцией желчных протоков путем выполнения функционально выгодных операций, предполагающих формирование арефлюксных билиодигестивных соустьев, является актуальной и требует своего дальнейшего совершенствования.

Цель работы. Улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с механической желтухой, обусловленной доброкачественным поражением панкреатодуоденальной зоны и внепеченочных желчных протоков, путем экспериментальной разработки и внедрения в клиническую практику способа формирования арефлюксного холедоходуоденоанастомоза.

Материалы и методы

Отработка методики формирования арефлюксного билиодигестивного соустья проводилась на модели холецистодуоденоанастомоза на 10 беспородных собаках обоего пола, массой тела от 8 до 20 кг, в соответствии с «Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей». Перед формированием обходного анастомоза животным выполняли перевязку супрадуоденального отдела общего желчного протока с целью создания экспериментальной модели синдрома механической желтухи. Сроки наблюдения составили от 3 дней до 6 месяцев.

В проведенных экспериментах изучали влияние инвагинационного клапана, сформированного в области холецистодуоденоанастомоза, на желчеотток и возможность развития дигестивно-билиарного рефлюкса с помощью бактериоскопических исследований пузырной желчи. Проводили изучение морфологии слизистой оболочки сформированного в области холецистодуоденоанастомоза инвагинационного клапана.

Клинический раздел работы основан на анализе результатов хирургического лечения 12 больных с механической желтухой, обусловленной в 7 (58,3%) случаях холедохолитиазом с наличием множественных конкрементов во вне- и внутрипеченочных протоках, в 5 (41,7%) случаях — протяженными стриктурами дистального отдела холедоха.

Все больные были оперированы по оригинальной методике (приоритетная справка по заявке на изобретение «Способ хирургического лечения больных с механической желтухой» №2006104753/14), заключающейся в выполнении продольно-поперечного холедоходуоденоанастомоза между супрадуоденальным отделом общего желчного протока и передней стенкой двенадцатиперстной кишки, с формированием из слизисто-подслизистых слоев последней двустворчатого арефлюксного инвагинационного клапана.

Функциональные результаты применения разработанного способа внутреннего дренирования печеночного дерева изучались с помощью визуализации билиопанкреатодуоденальной области ультразвуковыми, эндоскопическими и рентгенологическими способами. При этом использовали ультразвуковой сканер «Logic-400» фирмы «General Electric» (США) с конвексными и секторными датчиками 3,5–5 МГц, 7,5 МГц; фиброскопы фирмы «Olympus» GIF P-30 (Япония); рентгенодиагностический комплекс РУМ-20М (Германия). При изучении качества жизни больных использовали модифицированный опросник определения гастроинтестинального индекса (GIQLI).

Результаты и их обсуждение

Способ осуществляют следующим образом: на переднюю стенку супрадуоденального отдела холедоха накладывают две лигатуры-держалки, с помощью которых ее приподнимают и рассекают в продольном направлении на 15–17 мм. Далее на переднюю стенку двенадцатиперстной кишки накладывают две лигатуры-держалки, с помощью которых выполняют поперечную дуоденотомию длиной 15–17 мм (рис. 1). Затем окаймляющим дуоденотомическое отверстие разрезом, отступя на 12–15 мм от краев последнего, рассекают и отсепааровывают серозно-мышечную

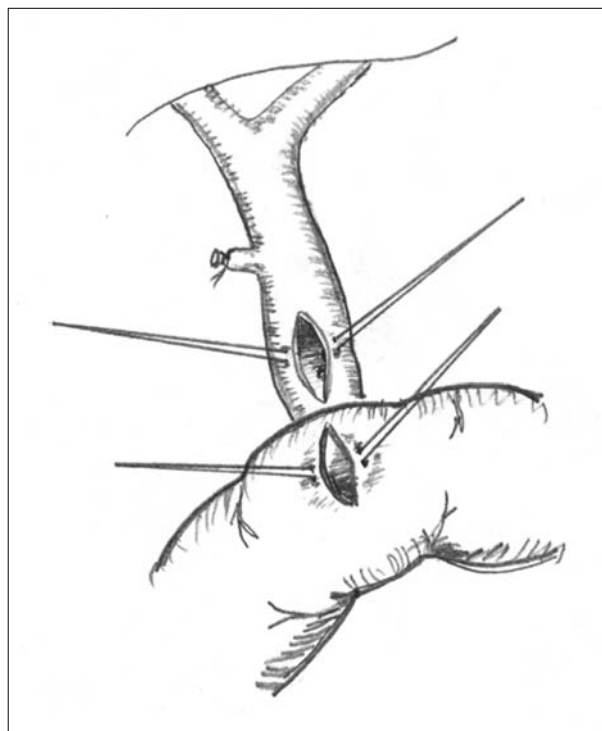


Рис. 1. Выполнена продольная супрадуоденальная холедохотомия и поперечная дуоденотомия.

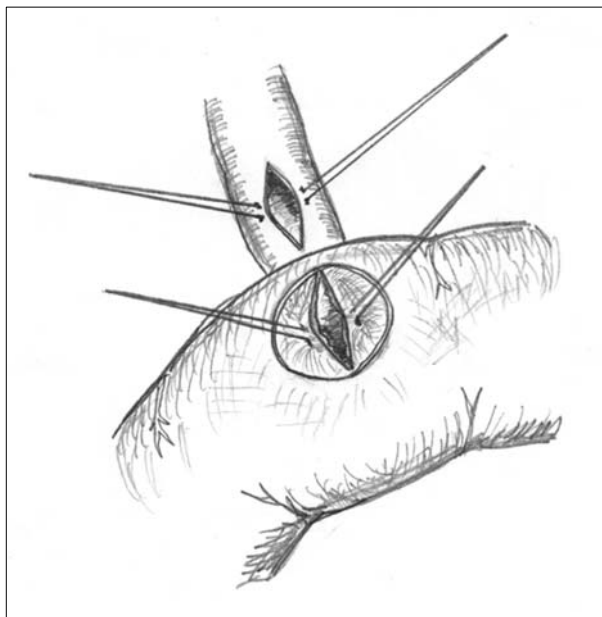


Рис. 2. Вокруг дуоденотомического отверстия рассечена и отсепаарована серозно-мышечная оболочка двенадцатиперстной кишки в виде двух полулуний.

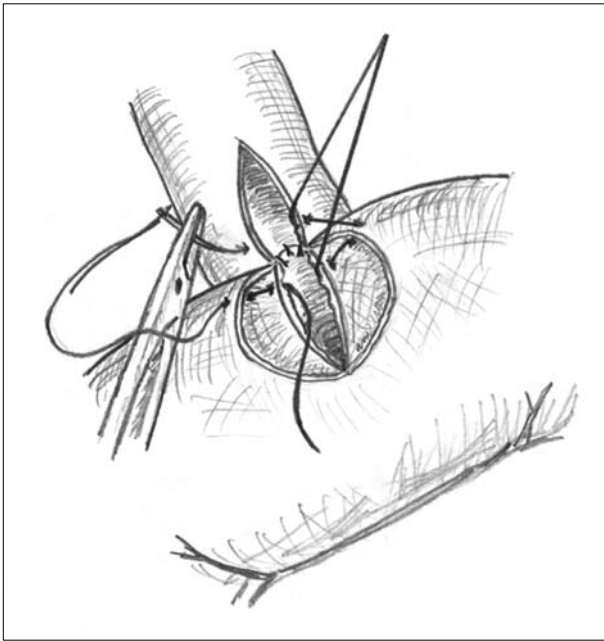


Рис. 3. Накладывают узловые швы на заднюю полуокружность анастомоза.

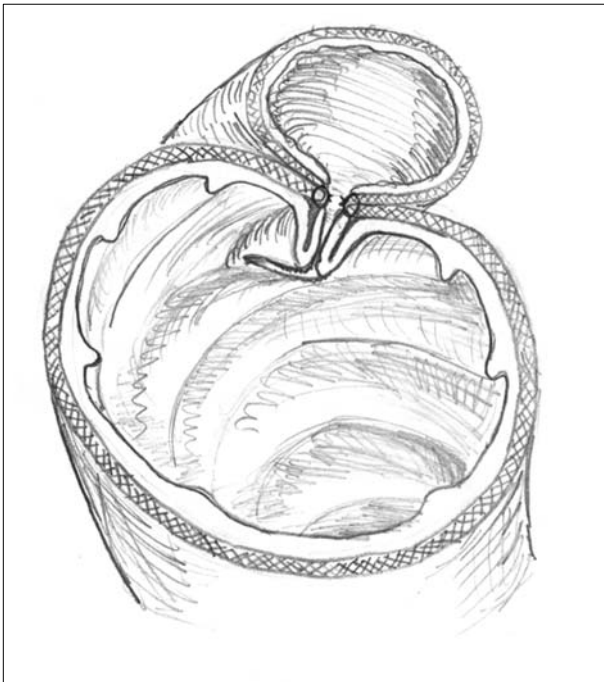


Рис. 4. Окончательный вид сформированного холедоходуоденоанастомоза (фронтальный разрез): в просвете двенадцатиперстной кишки определяется двустворчатый инвагинационный клапан (обозначен стрелкой).

оболочку двенадцатиперстной кишки, оголяя подслизистый слой в виде двух полулуний (рис. 2).

После этого, на заднюю полуокружность соустья накладывают 5–7 узловых швов, проходящих через край дуоденотомического отверстия с захватом слизисто-подслизистых слоев двенадцатиперстной кишки со стороны ее просвета наружу и далее через край рассеченной серозно-мышечной оболочки двенадцатиперстной кишки и край холедохотомического отверстия (рис. 3). При этом используют инертный рассасывающийся шовный материал на атравматической игле.

После наложения швов на заднюю полуокружность анастомоза швы поочередно завязывают, тщательно адаптируя слизистые оболочки двенадцатиперстной кишки и общего желчного протока. Затем таким же образом накладывают и завязывают узелками наружу 5–7 швов на переднюю полуокружность соустья, при этом избыток слизисто-подслизистых слоев двенадцатиперстной кишки в виде дубликатуры инвагинируют в просвет кишки, формируя две полулунные створки инвагинационного клапана (рис. 4). Переднюю полуокружность соустья дополнительно укрепляют наложением 2–3 серозно-мышечных швов.

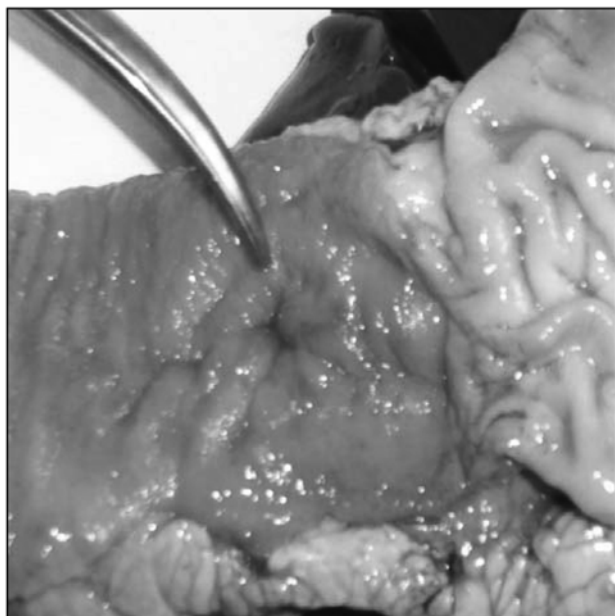
С целью декомпрессии желчных протоков в ранний послеоперационный период формирование холедоходуоденоанастомоза у всех пациентов сочетали с наружным дренированием холедоха по Халстеду–Пиковскому. В одном случае при недостаточной подвижности передней стенки двенадцатиперстной кишки вследствие выраженного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

При выполнении экспериментальной части работы визуальная оценка макропрепаратов в различные сроки наблюдения свидетельствовала, что применяемая методика прецизионной техники в формировании арефлюксных билиодигестивных соустьев способствует заживлению анастомотического кольца по типу первичного натяжения с минимальной воспалительной реакцией и без образования грубого рубца (рис. 5). Арефлюксный инвагинационный клапан, сформированный из слизисто-подслизистых слоев двенадцатиперстной кишки, сохранял свою форму и жизнеспособность во все контрольные сроки наблюдения. Доказательством надежности арефлюксных свойств сформированных анастомозов явилось отсутствие микробной обсемененности желчи во все контрольные сроки наблюдения.

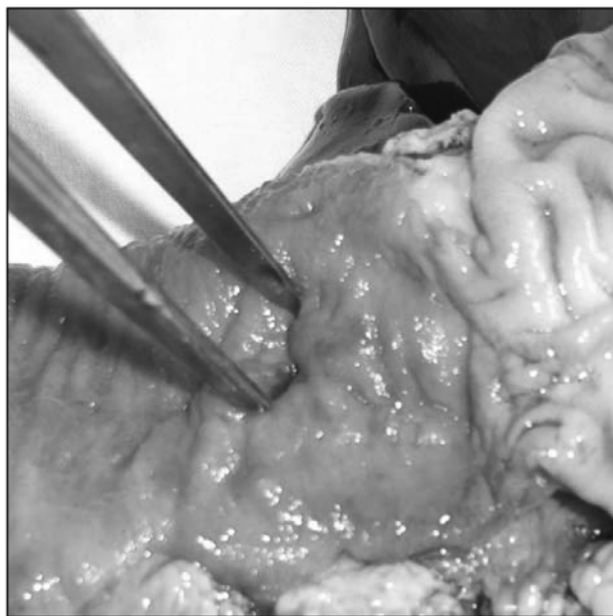
Проведенное гистологическое исследование позволило оценить состояние инвагинационного клапана. Полученные данные свидетельствуют о том, что в ранние (до 1 мес.) сроки послеоперационного периода в слизистой оболочке и подслизистой основе сформированного клапана происходит последовательное развитие фаз асептического воспаления. В отдаленные (от 1 до 6 мес.) сроки наблюдения экссудативный тип реакции меняется на продуктивный, при этом отмечается отсутствие выраженных дистрофических и дегенеративных изменений в структуре клапана с постепенной нормализацией морфологии слизистой и с явной тенденцией к полному восстановлению характерных для неё структурных элементов.

Анализируя результаты клинического применения разработанного способа хирургической коррекции механической желтухи, следует подчеркнуть, что случаев послеоперационной летальности и развития общехирургических осложнений нами отмечено не было. Послеоперационный койко-день в среднем составил $6,2 \pm 1,3$. При комплексном обследовании пациентов в ближайший и отдаленный послеоперационный период отмечалось значительное повышение уровня качества жизни пациентов, приближавшегося к показателям самооценки здоровых людей.

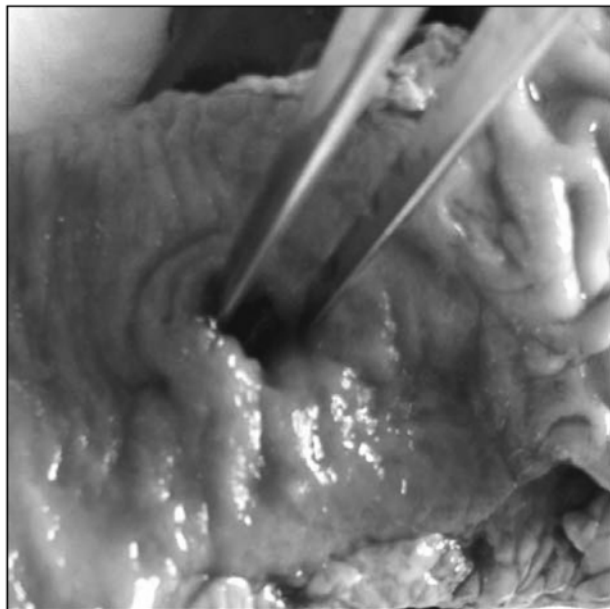
Результаты инструментальных исследований пациентов свидетельствовали о хорошей функциональной активности обходных билиодигестивных



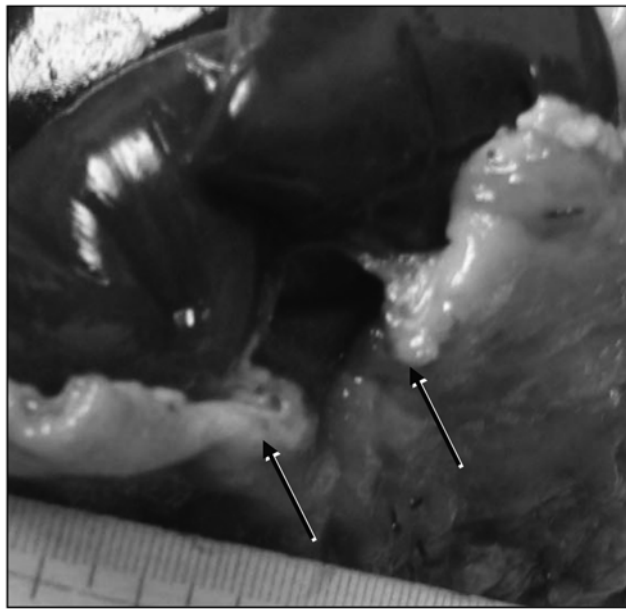
а) створки инвагинационного клапана сомкнуты, анастомоз щелевидной формы;



б) анастомотическое кольцо свободно растяжимо браншами пинцета;



в) створки инвагинационного клапана разведены пинцетом, просвет анастомоза зияет;



г) передняя полуокружность соустья рассечена, на разрезе видна структура створок клапана (обозначены стрелками).

Рис. 5. Макропрепарат, 7 суток после операции. Зона сформированного холецистодуоденоанастомоза.

анастомозов (рис. 6). При этом сформированный из слизисто-подслизистых оболочек двенадцатиперстной кишки двустворчатый инвагинационный клапан не приводил к стенозированию обходного соустья, надежно препятствуя развитию регургитационных осложнений (рис. 7).

Таким образом, внедрение в клиническую практику разработанного способа холедоходуоденостомии позволило не только избежать летальности и тяжелых осложнений раннего послеоперационного периода, но и предотвратить развитие рефлюкс-холангита и рубцового стеноза сформированных соустьев, добиться адекватной хирургической коррекции желчеоттока при обтурационных поражениях желчевыводящих путей.

По-видимому, пришло время пересмотреть основное условие полноценного отведения желчи при формировании обходных билиодигестивных анастомозов, используя при хирургической коррекции механической желтухи арефлюксные соустья, как альтернативу свободному (как можно более широкому) сообщению желчных протоков с желудочно-кишечным трактом.

Выводы:

1. Применяемая методика прецизионной техники в формировании арефлюксного холедоходуоденоанастомоза способствует заживлению анастомотического кольца по типу первичного натяжения с минимальной воспалительной реакцией и без образования грубого рубца.

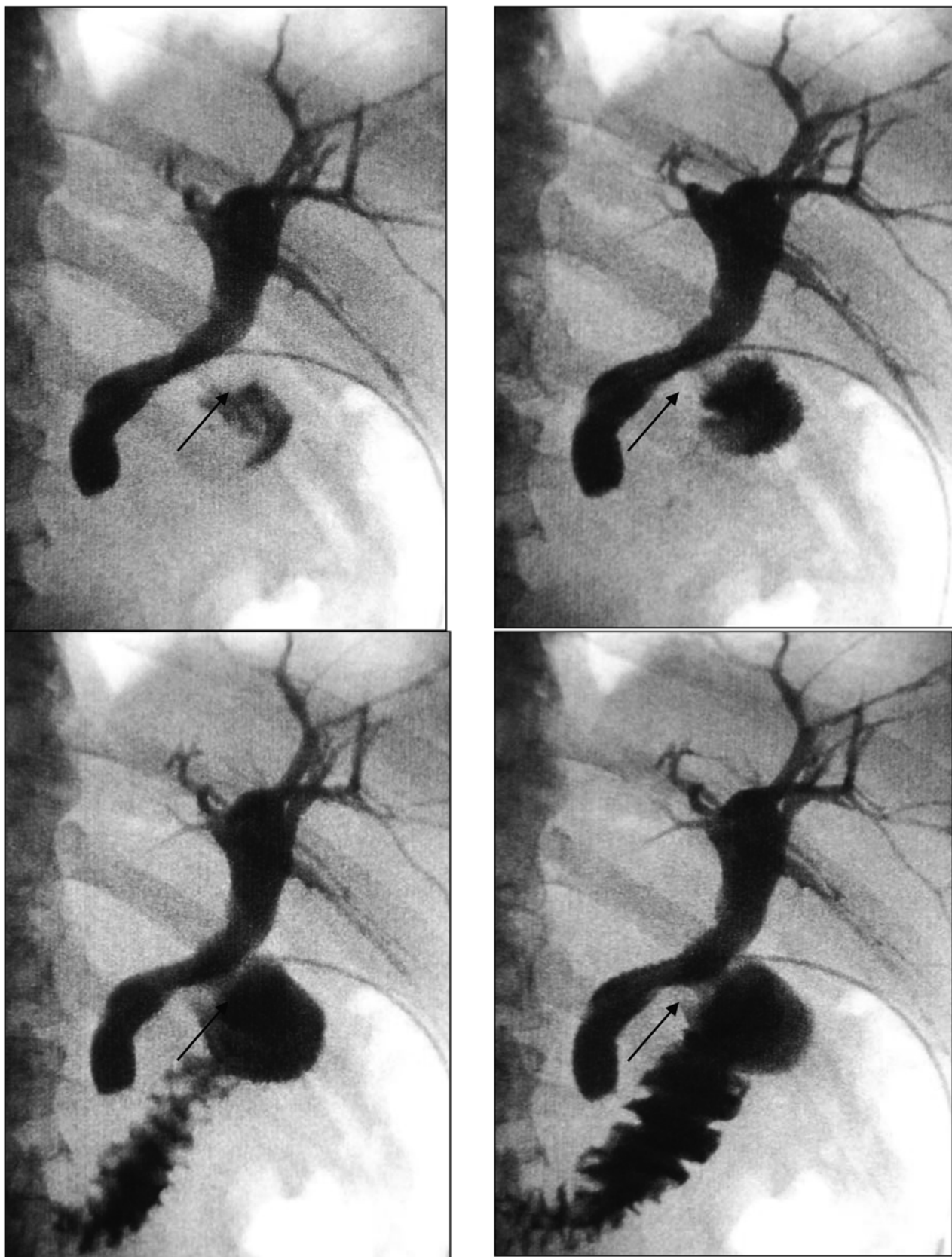


Рис. 6. Рентгенофистулохолангиограммы пациента С., 58 лет. 3 сутки после холецистэктомии с формированием арефлюксного холедоходуоденоанастомоза. Визуализируется порционная эвакуация контрастного вещества из общего желчного протока в двенадцатиперстную кишку. Зона сформированного соустья обозначена стрелкой.

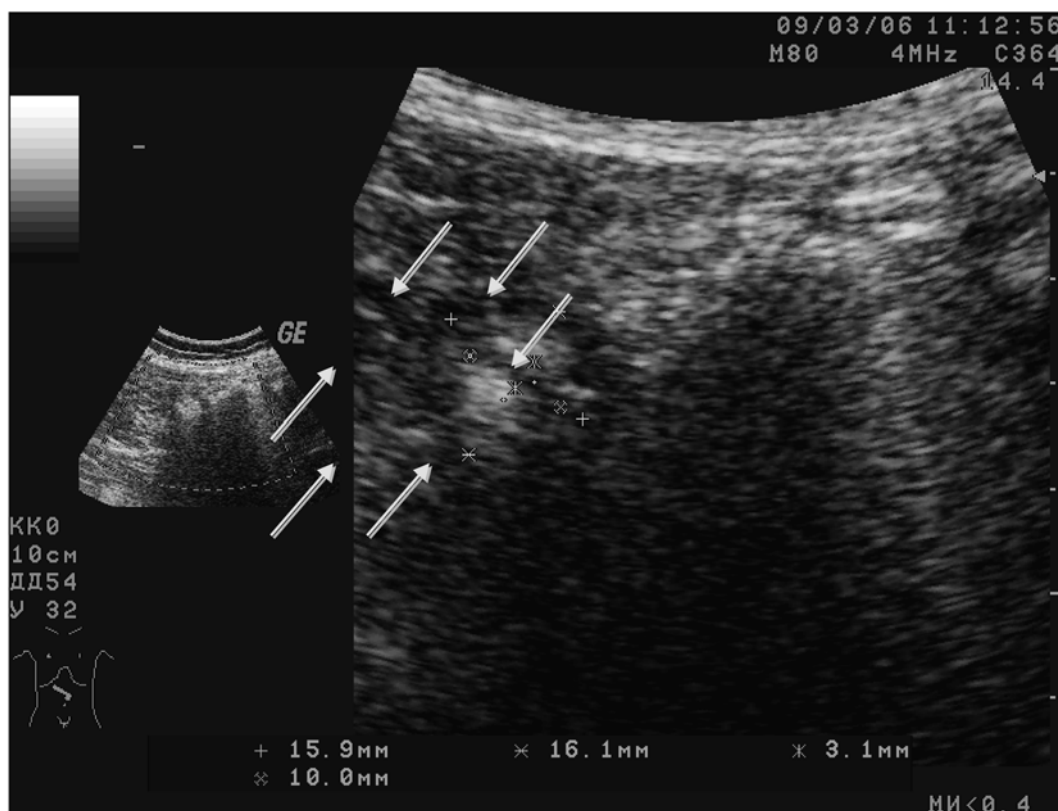


Рис. 7. Сканограмма (режим цветного тонированного окрашивания изображения) холедоходуоденоанастомоза пациентки В., 50 лет. Состояние после холецистэктомии, 6 месяцев после операции. Анастомоз сомкнут, визуализируются створки инвагинационного клапана (обозначены стрелками).

2. Изучение динамики морфологической картины инвагинационного клапана показывает развитие последовательных фаз раневого асептического воспаления и репаративной регенерации, отсутствие дистрофических и дегенеративных изменений тканей в отдаленные сроки после операции.

3. Формирование двустворчатого инвагинационного клапана не приводит к грубой деформации двенадцатиперстной кишки, не препятствует жел-

чеоттоку и обеспечивает надежные арефлюксные свойства холедоходуоденоанастомозу.

4. Клиническое применение разработанного арефлюксного билиодигестивного соустья не увеличивает послеоперационную летальность и не способствует росту общехирургических осложнений, обеспечивая скорейшую реабилитацию пациентов и восстановление показателей уровня качества жизни оперированных больных.

ЛИТЕРАТУРА

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. — Т. 10. — № 2. — С. 47.
2. Хирургия печени и желчных путей // Под ред. Б.И. Альперовича. — Томск: Красное знамя, 1997. — С. 271–273.
3. Аутлев К.М. Экспериментальное и клиническое обоснование применения арефлюксных билиодигестивных анастомозов в лечении механической желтухи: Дис. ... д-ра мед. наук. — Томск, 2005. — 322 с.

4. Котельникова Л.П., Черкасов В.А., Палатова Л.Ф. Сроки возникновения рубцовых стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастомозов // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8. — № 2. — С. 97.

5. 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. — Vol. 23. — P. 1157–1161.

TO THE PROBLEM OF SURGICAL TREATMENT OF MECHANICAL JAUNDICE

N. V. Gibadulin, G. I. Songolov, A. S. Novokreschionnyh, A. N. Gibadulina, A. N. Zakharov
(Tomsk Military Medical Institute; Irkutsk State Medical University)

This article deals with experimental elaboration and clinical employment of anefluxive biliodigestive choledochoduodenostomosis in the surgery of mechanical jaundice. The experiment proves that it is possible to form double-door valve in the region of arefluxive choledochoduodenostomosis from the mucous and submucous layers of the duodenum. The made-up arefluxive valve managed to keep its structure and viability in all scheduled periods of observation, it didn't cause the violation of the bile flow, safely prevented the development of after-operation reflux-cholangitis. The results of clinical employment of the given method of surgical correction of mechanical jaundice demonstrate good functional activity of arefluxive biliodigestive anastomoses, which contribute to quick rehabilitation of patients after operation.