

© Коллектив авторов, 2009

УДК 616.342-002.44-08:616.33-089.87-06:616.37-002-084

С.В.Морозов, В.Л.Полуэктов, А.И.Добровольский, В.Т.Долгих

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ «ТРУДНЫХ» ОСЛОЖНЕННЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ГУЗОО «Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области»
(главврач — д-р мед. наук В.В.Василевич), ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
(ректор — проф. А.И.Новиков)

Ключевые слова: острый послеоперационный панкреатит, «трудная» дуоденальная язва, проксимальный дуоденоюноанастомоз.

Введение. После операций на желудке и двенадцатиперстной кишке острый панкреатит развивается в 1,1–36% случаев [6, 12, 13] с летальностью при тяжелых формах 50–80% [5]. Наиболее часто острый панкреатит развивается после классической резекции желудка по Бильрот-II [3, 10, 12] по поводу язв двенадцатиперстной кишки, одной из причин которого, наряду с дуоденальной гипертензией, является повышение тонуса сфинктера Одди, приводящего к гипертензии в протоковой системе поджелудочной железы, чего не наблюдается после резекции желудка по Бильрот-I [8].

Нередко в отечественной и зарубежной литературе встречается термин «неудалимая язва», относящийся к «трудной» язве двенадцатиперстной кишки, и предлагается выполнение резекции желудка «на выключение» [7], и практически не

описана тактика при таких ситуациях, за исключением единичных сообщений [2, 4]. «Трудные» дуоденальные язвы — это, как правило, большие и гигантские язвы с низким расположением, наличием стеноза и пенетрацией в соседние органы

и образования, выраженным периульцерозным инфильтратом [1], когда бывает частично утрачена анатомическая структура, чаще всего задней стенки двенадцатиперстной кишки, а также изменяются взаимоотношения с окружающими органами и тканями [11]. Выделение задней стенки двенадцатиперстной кишки из рубцово-инфильтративных тканей опасно повреждением терминальных отделов желчевыводящих и панкреатических путей и в большинстве случаев сопровождается вынужденной травмой головки поджелудочной железы [8, 11]. Кроме того, вовлечение в инфильтративно-язвенный процесс большого дуоденального сосочка (БДС) неизбежно приводит к папиллиту.

Именно эта категория больных представляет для хирурга серьезную проблему. Разработка хирургической тактики, направленной на профилактику острого послеоперационного панкреатита у больных с «трудными» осложненными дуоденальными язвами, является актуальной.

Материал и методы. В хирургическом отделении № 2 ГУЗОО «Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области» с 1995–2006 гг. выполнено 407 резекций желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Вовлечение БДС в зону язвенной деструкции при «трудных» дуоденальных язвах отмечено в 9 случаях. Это были мужчины, средний возраст которых составил $(44,1 \pm 15,5)$ лет, страдавшие язвенной болезнью в среднем более 12 лет. Язвы локализовались в постбульбарном отделе либо на задней, либо заднемедиальной стенке двенадцатиперстной кишки, осложненные пенетрацией в головку поджелудочной железы, гепатодуоденальную связку. Размеры язв варьировали от 15 до 50 мм. В 6 случаях отмечено вовлечение в инфильтра-

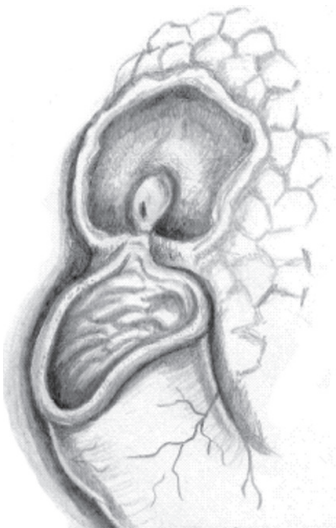


Рис. 1. Гигантская постбульбарная язва двенадцатиперстной кишки. Большой дуоденальный сосочек расположен непосредственно в зоне язвенного «кратера».

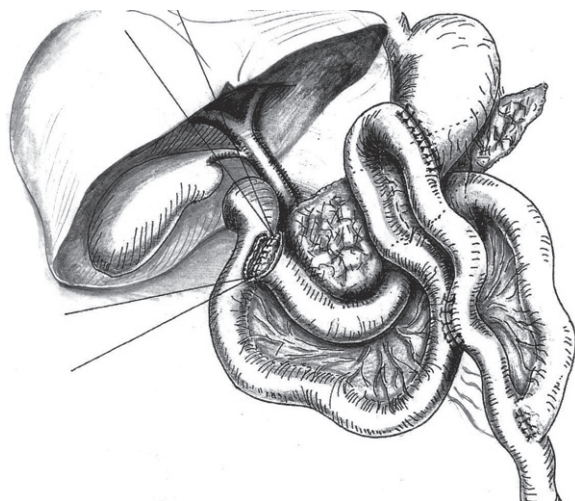


Рис. 2. Проксимальный дуоденојеюноанастомоз на петле, выделенной по Ру (сформирована задняя губа дуоденојеюноанастомоз «конец в бок»).

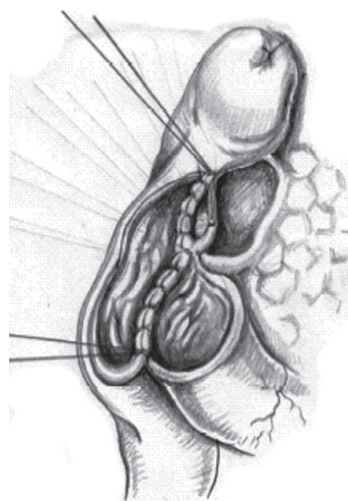


Рис. 3. Сформирована задняя губа дуоденојеюноанастомоза с включением в него большого дуоденального сосочка.

тивно-язвенный процесс БДС, макроскопические изменения которого были расценены как инфильтративный папиллит, а у 3 больных диагностирован папиллостеноз. У 7 больных БДС располагался на границе с нижним «полосом» язвы, а у двух — непосредственно в зоне язвенного «кратера» (рис. 1).

Разработанная авторами тактика при гигантских язвах постбульбарной локализации исключает выполнение резекции желудка «на выключение», укрытие культи двенадцатиперстной кишки типичными и атипичными способами, а также выполнение околососочковой дуоденопластики, разработанной В.И.Оноприевым [9]. На наш взгляд, оставление язвы двенадцатиперстной кишки при резекции желудка «на выключение» является грубой тактической ошибкой, поскольку при этом сохраняются условия для развития как кровотечения из язвы, так и дуоденальной гипертензии, являющейся одним из факторов, приводящих к развитию острого послеоперационного панкреатита. Обработка дуоденальной культи при близком расположении к язве БДС опасна вовлечением его в шов и, как следствие, развитием послеоперационного панкреатита и несостоятельности швов культи. Околососочковая дуоденопластика по В.И. Оноприеву является технологически сложной, требует специальной подготовки, а также не исключает развития дуоденальной гипертензии и несостоятельности швов.

При резекциях желудка отдавалось предпочтение анастомозу по способу Бильрот-II. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки авторами разработана хирургическая тактика, направленная на устранение основных причинных факторов развития острого послеоперационного панкреатита, таких как травма, дуоденальная гипертензия, что является основой хирургической профилактики: 1) мобилизация задней стенки двенадцатиперстной кишки не более 0,5 см от края язвенного «кратера» на головке поджелудочной железы, что является достаточным для формирования анастомоза; 2) выполнение перед формированием анастомоза ревизии двенадцатиперстной кишки с целью визуализации БДС; 3) формирование задней губы гастродуоденоанастомоза однорядным серозно-мышечно-подслизистым швом с захватом в шов индуративно измененной капсулы поджелудочной железы не более 0,3 см, что повышает надежность

анастомоза; 4) мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру и пересечение 1–2 сосудистых ветвей желудочно-селезеночной связки при натяжении соустья. Мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру рассматривалась нами как превентивная декомпрессия забрюшинной клетчатки, обеспечивающая адекватный отток экссудата при развитии острого послеоперационного панкреатита; 5) при отсутствии возможностей для формирования гастродуоденоанастомоза (избыточное натяжение тканей, инфильтративные изменения задней стенки двенадцатиперстной кишки, близкое расположение БДС или вовлечение его в зону язвенной деструкции), угрозе несостоятельности последнего и высокой вероятности развития острого послеоперационного панкреатита отдавали предпочтение формированию проксимального дуоденојеюноанастомоза однорядным узловым серозно-мышечно-подслизистым швом «конец в бок» на петле, выделенной по Ру (рис. 2) с включением БДС в анастомоз (рис. 3) либо трансплантацией его в тощую кишку.

Длина петли тощей кишки по Ру составляет не менее 60–70 см; 6) при включении БДС в соустье или его трансплантации в тощую кишку обязательным является выполнение папиллосфинктеротомии, наружного дренирования общего желчного протока, поскольку наложение швов вблизи БДС, а в ряде случаев включение его в анастомоз, может привести к отеку БДС и нарушению пассажа панкреатического секрета и желчи; 7) рассечение связки Трейтца и низведение дуоденојеюнального перехода; 8) обязательная декомпрессия желудка; 9) использование не рассасывающегося шовного материала (4/0) на атравматической игле.

Результаты и обсуждение. Из таблицы видно, что острый послеоперационный панкреатит развился после сложных оперативных вмешательств, обусловленных осложненным течением язвенной болезни с вовлечением в зону язвенной деструкции головки поджелудочной железы, БДС, терминального отдела общего желчного протока, что, как правило, сопровождается их

Характер оперативных вмешательств у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, после которых развился острый панкреатит

Вид операции	ОПП, оте- чная форма	Панкрео- некроз	Умерли
Бильрот-II, проксимальный дуоденоюноанастомоз на петле по Ру	1	1	1
Бильрот-II, ПСТ, проксимальный дуоденоюноанастомоз на петле по Ру, трансплантация БДС и терминального отдела общего желчного протока в тощую кишку	1	0	0
Бильрот-II, ПСТ, проксимальный дуоденоюноанастомоз на петле по Ру, трансплантация БДС в тощую кишку, наружное дренирование общего желчного протока	2	0	0
Бильрот-II, ПСТ, проксимальный дуоденоюноанастомоз на петле по Ру с включением БДС в анастомоз, наружное дренирование общего желчного протока	1	0	0
Бильрот-II, ПСТ, проксимальный дуоденоюноанастомоз на петле по Ру с включением в анастомоз БДС, холецистэктомия	1	0	0
Бильрот-II в модификации Бальфура, ПСТ, вирсунготомия, проксимальный дуоденоюноанастомоз на петле по Ру с включением в анастомоз БДС, наружное дренирование общего желчного протока	1	0	0
Бильрот-II в модификации Бальфура, ПСТ, проксимальный дуоденоюноанастомоз на петле по Ру, наружное дренирование общего желчного протока	1	0	0
Всего	8	1	1

Примечание. ПСТ — папиллосфинктеротомия.

дополнительной вынужденной травмой на всех этапах операции.

Развитие острого панкреатита во всех случаях отмечено в течение первых 5 сут послеоперационного периода. Одними из ведущих и ранних симптомов острого послеоперационного панкреатита являлись: усиление болей в эпигастриальной области (73,3%) с распространением их на область правого и левого подреберий, вздутие живота и вялая перистальтика кишечника (38,1%). Рвоты не отмечалось, что обусловлено декомпрессией желудка в раннем послеоперационном периоде, при этом максимальное количество застойного отделяемого по назогастральному зонду достигало 1200 мл/сут. Повышение температуры тела до субфебрильных цифр всегда наблюдалось в случае развития этого осложнения, и только у 2 больных она превышала 38 °С. Снижение систолического артериального давления до 100 мм рт. ст. и ниже имело место в двух случаях. Увеличение объема геморрагического отделяемого по дренажам из брюшной полости до 300–400 мл/сут отмечалось у всех больных, в том числе с примесью желчи у одного.

Большое диагностическое значение имело повышение активности амилазы в крови, моче и отделяемом из брюшной полости, достигавшее 512 ед. и более по Вольгемуту. Клинико-лабораторные признаки острого послеоперационного панкреатита наблюдали от 2 дней до 2 нед, что зависело от тяжести процесса. Диагностика послеоперационного панкреатита трудна, поскольку его клинические признаки «маскировались» и

протекали на фоне раннего послеоперационного периода, введения наркотических анальгетиков.

Легкие формы острого послеоперационного панкреатита наблюдались у 8 больных. Интенсивная терапия, включающая ингибиторы протеаз, антисекреторные препараты в стандартных дозах, позволили купировать его клинико-лабораторные проявления.

Мы не разделяем мнение отдельных авторов [14] о том, что легкие формы острого послеоперационного панкреатита не имеют большого клинического значения, поскольку несвоевременная их диагностика и неадекватная терапия могут привести к прогрессированию этого осложнения и трансформации его в панкреонекроз.

Одному больному с дуоденоюноанастомозом на петле по Ру на 15-е сутки послеоперационного периода выполнена релапаротомия по поводу острых язв петли тощей кишки, анастомозированной с желудком, осложненных перфорацией, пенетрацией в поперечную ободочную кишку, распространенного серозного перитонита. Выполнены резекция культи желудка с петлей тощей кишки несущей язвы и сформирован гастроюноанастомоз на длинной петле с межкишечным соустьем по Брауну, туалет, дренирование брюшной полости. После проведения антисекреторной терапии (лосек — 40 мг/сут) наступило выздоровление. У этого пациента молодого возраста, учитывая длительное и тяжелое течение язвенной болезни, резистентной к консервативной терапии, а также осложнение послеоперационного периода был заподозрен синдром Золлингера–Эллисона. Однако проведенные в последующем диагностические мероприятия, включающие ангиографию,

мультиспиральную компьютерную томографию, не позволили подтвердить диагноз.

Во втором случае у больного с проксимальным дуоденоюноанастомозом, выполненном при гигантской постбульбарной язве с близким расположением (10 мм) к язвенному «кратеру» БДС, развился распространенный геморрагический панкреонекроз, осложненный флегмоной забрюшинного пространства и разлитого серозно-фибринозного перитонита. Прогрессирование панкреонекроза с развитием гнойных осложнений и полиорганной недостаточности привели к летальному исходу, несмотря на неоднократные санации брюшной полости и забрюшинного пространства. Вероятно, причиной развития панкреонекроза в данном клиническом случае была внутрипротоковая гипертензия на фоне папиллита и, возможно, стеноза БДС, поскольку папиллосфинктеротомия в данном клиническом случае не выполнялась. Ни у одного из 9 пациентов не было несостоятельности дуоденоюноанастомоза.

Все восемь пациентов наблюдаются на протяжении от 3 до 13 лет. Один из больных с дуоденоюноанастомозом на петле, выделенной по Ру с включением в него БДС, поступил в отделение через 1 год после операции с клиникой острого описторхоза, описторхозного холангита, явления которого купированы консервативными мероприятиями. Второй пациент с дуоденоюноанастомозом на петле по Ру поступил через 6 мес после операции с язвой гастродуоденоанастомоза. На фоне проведенной антисекреторной терапии (лосек — 40 мг/сут) наступило рубцевание язвы и выздоровление.

Выводы. 1. Операции при «трудных» осложненных язвах двенадцатиперстной кишки с вовлечением в зону язвенной деструкции БДС являются сложным вмешательством, требующим деликатной хирургической техники, направленной на минимизацию травмы и «блокирование» основных факторов развития острого послеоперационного панкреатита.

2. Проксимальный дуоденоюноанастомоз является операцией выбора при «трудной», осложненной язве двенадцатиперстной кишки с вовлечением в зону язвенной деструкции БДС.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Асадов С.А., Салехов С.А., Алиев Э.Э. Формирование дуоденальной культи при резекции желудка по поводу «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия.—2004.—№ 2.—С. 79–80.
2. Даминова Н.М., Курбанов К.М. Билиарные осложнения язвенной болезни // Вестн. хир.—2005.—№ 4.—С. 68–70.

3. Коноваленко В.Г. Профилактика и лечение осложнений при резекции желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Владивосток, 2003.—22 с.
4. Курбанов К.М., Норов Х.М., Гулов М.К. Техника операций на дистальном отделе холедоха и большого сосочка двенадцатиперстной кишки при её постбульбарных язвах // Анн. хир. гепатол.—2004.—№ 2.—С. 120–124.
5. Лупальцев В.И. Роль сосудистого фактора в патогенезе острого послеоперационного панкреатита // 1-й конгресс московских хирургов.—М., 2005.—С. 102–103.
6. Насонов С.В. Профилактика послеоперационного панкреатита при хирургическом лечении «низкой» осложненной дуоденальной язвы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Барнаул, 2001.—29 с.
7. Никитин Н.А. «Трудная» дуоденальная культя в ургентной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия.—2001.—№ 5.—С. 36–39.
8. Оморов Р.А., Бейшенбаев Р.К. Функциональное состояние желчевыводящих протоков и их сфинктеров в ближайшем и отдаленном периоде после резекции желудка // Хирургия.—2005.—№ 5.—С. 28–31.
9. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни.—Краснодар, 1995.—293 с.
10. Рахманов Р.К., Каюмов Т.Х., Курбанов О.В. Послеоперационный панкреатит в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Материалы IX конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ.—СПб., 2002.—С. 221–222.
11. Синенченко Г.И. Способ укрытия «трудной» культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка // Хирургия.—2005.—№ 11.—С. 37–41.
12. Снякин С.Ю. Профилактика и лечение острого панкреатита после резекции желудка с использованием управляемой медикаментозной симпатической денервации и магнитотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Саратов, 2003.—25 с.
13. Томашук И.П., Петров В.П., Томашук И.И., Беляева О.А. Ранний острый панкреатит после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке.—Киев: Здоровье, 2002.—319 с.
14. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.—М.: Медицина, 1996.—253 с.

Поступила в редакцию 19.07.2008 г.

S.V.Morozov, V.L.Poluektov, A.I.Dobrovolsky,
V.T.Dolgikh

PROPHYLACTICS OF ACUTE PANCREATITIS IN RESECTION OF THE STOMACH FOR «DIFFICULT» COMPLICATED OF DUODENAL ULCERS

The authors have performed 407 resections of the stomach for duodenal ulcers. In 9 cases the major duodenal papilla was found to be involved into the zone of ulcer destruction. It was noted that operations for «difficult» complicated ulcers of the duodenum with the involvement into the zone of destruction of the major duodenal papilla required a delicate surgical strategy directed to minimization of trauma and blockade of the main factors of the development of acute postoperative pancreatitis, the proximal duodenojejunostomy being the operation of choice for «difficult» complicated ulcers of the duodenum.