

УДК 616.366-002.2-003.7-616.37-002.2]-06: 616.342-008.811.6]-089

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ И ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ НА ФОНЕ АРТЕРИОМЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ КОМПРЕССИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ®

В. Н. Репин*, М. В. Репин, А. С. Ефимушкина, В. Ю. Микрюков

Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е. А. Вагнера, г. Пермь, Россия

COMBINED OPERATIONS FOR CALCULOUS CHOLECYSTITIS AND CHRONIC PANCREATITIS AGAINST THE BACKGROUND OF ARTERIOMESENERIAL DUODENAL COMPRESSION

V. N. Repin*, M. V. Repin, A. S. Efimusbkina, V. Yu. Mikryukov

Perm State Academy of Medicine named after Academician E. A. Wagner, Perm, Russian Federation

Цель. Усовершенствовать диагностику артериомезентериальной компрессии (АМК) двенадцатиперстной кишки (ДПК), разработать комбинированные операции при калькулезном холецистите и хроническом панкреатите у больных хроническими нарушениями дуоденальной проходимости.

Материалы и методы. Представлены результаты обследования и оперативного лечения 99 человек с заболеваниями желчевыводящих путей и поджелудочной железы, протекающих на фоне АМК ДПК. Для диагностики АМК ДПК применяли рентгенологический метод. Исследована моторика двенадцатиперстной кишки методом открытого катетера с использованием кремниевого датчика давления фирмы «Моторола» с оригинальной микросхемой и программой графического изображения.

Результаты. У 33 пациентов с калькулезным холециститом проведена холецистэктомия в сочетании с операциями, дренирующими ДПК. 27 больным наложен дуоденоюноанастомоз по Грегори – Смирнову. При этом тощая кишка пересекается в 15–20 см от её начала, формируется петля по Ру с наложением дуоденоюноанастомоза справа от брыжеечных сосудов. Остальным 6 больным проведена резекция дуоденоюноанального перехода и сформирован дуоденоюноанастомоз впереди брыжеечных сосудов – операция Робинсона. Такие же дренирующие операции выполнены 10 пациентам с постхолецистэктомическим синдромом, обусловленным АМК ДПК. У 7 оперированных ранее наряду с холецистэктомией был сформирован холедоходуоденоанастомоз, и на фоне АМК ДПК он проявился рефлюкс-холангитом. Осложнения в раннем послеоперационном периоде были обусловлены моторно-эвакуаторными нарушениями. У 3 больных после операции Робинсона нарушения эвакуации связаны с развитием анастомозита в зоне дуоденоюноанастомоза. Кровотечения в раннем периоде возникли у 3 человек. Отдаленные результаты в сроки от года до 5 лет изучены у 67 оперированных.

Выводы. Выбор операции при хронической дуоденальной непроходимости, обусловленной АМК ДПК, должен быть индивидуально обоснованным. Менее травматичной операцией, дренирующей

© Репин В. Н., Репин М. В., Ефимушкина А. С., Микрюков В. Ю., 2013

e-mail: vas_repin@mail.ru

тел. 8 (342) 221-77-23

[Репин В. Н. (*контактное лицо) – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов; Репин М. В. – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ФПК и ППС; Ефимушкина А. С. – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов; Микрюков В. Ю. – аспирант кафедры хирургии ФПК и ППС].

ДПК, является анастомоз по Грегори – Смирнову. Он предпочтительнее и по функциональным результатам.

Ключевые слова. Калькулезный холецистит, хронический панкреатит, артериомезентериальная компрессия, выбор варианта операции.

Aim. To improve the diagnosis of arteriomesenterial duodenal compression (AMDC), to develop combined operations for calculous cholecystitis and chronic pancreatitis in patients with chronic disturbance of duodenal permeability.

Materials and methods. The results of examination and operative treatment of 99 patients with biliary and pancreatic diseases against the background of AMDC are presented in the paper. Roengenological method was used to diagnose AMDC. Duodenal motility was investigated by means of the method of open catheter using silicon pressure sensor of “Motorola” Firm with original microscheme and graphic image program.

Results. 33 patients with calculous cholecystitis underwent cholecystectomy combined with duodenum draining operations; 27 patients were formed Gregory-Smirnov’s duodenojejunoanastomosis. So, the jejunum is crossed in 15–20 cm from its starting point, thus Ru loop is formed and duodenojejunoanastomosis is put to the right from the mesenterial vessels. The rest 6 patients underwent duodenal passage resection with duodenojejunoanastomosis formed in front of mesenterial vessels – Robinson’s operation. The same draining operations were performed in 10 patients with the postcholecystectomy syndrome caused by AMDC. In seven patients choledochoduodenoanastomosis was formed earlier together with cholecystectomy and against the background of AMDC it was displayed by reflux-cholangitis. Early postoperative complications were conditioned by motor-evacuation disturbances. In 3 patients evacuation disturbances after Robinson’s operation were connected with development of anastomosis in the zone of duodenojejunoanastomosis. Hemorrhages in the early period occurred in 3 patients. The results of the follow-up period from 1 to 5 years were studied in 67 operated patients.

Conclusion. The choice of the operation in chronic duodenal obstruction caused by AMDC should be individually grounded. The less traumatic duodenum draining operation is Gregory-Smirnov’s anastomosis. It is more preferable by functional results as well.

Key words. Calculous cholecystitis, chronic pancreatitis, arteriomesenterial compression, choice of operation variant.

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания желчевыводящих путей и поджелудочной железы являются широко распространенной патологией, что и определяет актуальность данной проблематики в абдоминальной хирургии. В развитии этой патологии существенную роль играют хронические нарушения дуоденальной проходимости. Неустраненные нарушения снижают эффективность лечения хронического панкреатита и становятся одной из причин развития деструктивного панкреатита и калькулезного холецистита. Они снижают качество жизни больных после холецистэктомии, а также способствует появлению постхолецистэктомического синдрома [1, 2]. Наиболее частая механическая причина дуоденостаза – артериомезентериальная компрессия

двенадцатиперстной кишки (АМК ДПК) [2, 5, 6]. Патология врожденная и является одним из клинических проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани [3, 4].

Цель исследования – усовершенствовать диагностику артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки, разработать комбинированные операции при калькулезном холецистите и хроническом панкреатите у пациентов с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе представлены результаты обследования и оперативного лечения 99 человек с заболеваниями желчевыводящих путей и поджелудочной железы, протекающих на фоне АМК ДПК: 33 – с калькулезным хо-

лециститом, 14 – с постхолецистэктомическим синдромом и 52 – с хроническим панкреатитом и образованием кист поджелудочной железы у 7 из них. 45 человек были в возрасте от 16 до 30 лет, 28 – от 30 до 40 и лишь 26 были старше 40 лет

Ведущими клиническими проявлениями нарушений дуоденальной проходимости были боли и тяжесть в подложечной области после еды, чувство быстрого насыщения, тошнота, иногда заканчивающаяся рвотой. У большинства больных определялись признаки рефлюкс-гастрита и эзофагита – изжога, рвота с выделением содержимого с примесью желчи, дефицит массы тела, эмоциональная лабильность, снижение трудоспособности. Артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки, как врожденная патология, начинает проявляться с детского возраста, но многие больные длительное время проходили лечение с учетом выставленных им диагнозов: рефлюкс-гастрита, хронического панкреатита, дискинезии желчевыводящих путей.

Для диагностики АМК ДПК применяли рентгенологический метод. Исследована моторика двенадцатиперстной кишки методом открытого катетера с использованием кремниевого датчика давления фирмы «Моторола» с оригинальной микросхемой и программой графического изображения. Регистрировали моторику натошак и после приема 200 мл фруктового сока. Больным проводилась фиброгастроуденоскопия; определяли угол отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты ультразвуковым методом. Результаты дуоденоманографии и угла отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты сравнивали с таковыми, полученными при обследовании 14 здоровых добровольцев. По тяжести нарушений дуоденальной проходимости выделяли стадию компенсации, субкомпенсации и декомпенсации. Тяжесть нарушений прогрессирует с возрастом больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При рентгенологическом обследовании больных в стадии компенсации желудок был обычных размеров, тонус его сохранен, но характерна длительная задержка эвакуации первых порций контраста, несмотря на сегментирующую перистальтику антрального отдела. У многих пациентов удается достичь поступления первых порций бария в ДПК лишь в положении лежа на правом боку. Продвижение контраста останавливается на уровне верхних брыжеечных сосудов до одной минуты и наблюдаются постоянные дуоденобульбарные и дуоденогастральные рефлюксы.

В стадии субкомпенсации желудок увеличен в размерах и отмечается наличие жидкости натошак. Наблюдается задержка бария вначале в луковице ДПК, а затем на уровне брыжеечных сосудов – до трех минут, при этом зафиксированы дуоденогастральные рефлюксы.

При обследовании у 11 пациентов с АМК ДПК в стадии декомпенсации наблюдалась атония желудка и ДПК. Натошак желудка содержал большое количество жидкости, большая кривизна провисала в полость таза. В нижнегоризонтальном отделе ДПК была задержка бария до часа и более с образованием горизонтального уровня. При вялых сокращениях желудка барий небольшими порциями поступал в ДПК, обратно перемещаясь через зияющий привратник.

Базальное давление в ДПК у здоровых лиц было в пределах от 58 до 120 мм водного столба и составило в среднем $94,5 \pm 7,0$ мм водного столба; после нагрузки – от 65 до 128 мм водного столба, в среднем – $106,5 \pm 5,2$ мм водного столба.

У больных с АМК ДПК в стадии компенсации базальное давление в ДПК составило $117,3 \pm 4,5$ мм водного столба с умеренным повышением в среднем до $147,3 \pm 5,6$ мм водного столба после нагрузки.

В стадии субкомпенсации нарушений дуоденальной проходимости наблюдается значительное повышение базального давления, достигающего 230 мм водного столба, после нагрузки – до 280 мм водного столба.

Исследования моторики ДПК у 5 человек в стадии декомпенсации подтвердили гипотонию кишки. Среднее давление натощак составило $52,0 \pm 3,2$ мм водного столба, после нагрузки – $67,0 \pm 4,7$ мм водного столба.

Угол отхождения верхней брыжеечной артерии от аорты исследован у 36 пациентов с АМК ДПК, его средняя величина составила $24,0 \pm 1,2^\circ$. У здоровых людей угол отхождения артерии был равен $39,0 \pm 2,7^\circ$.

Все больные оперированы. У 33 человек с калькулезным холециститом проведена холецистэктомия в сочетании с операциями, дренирующими ДПК. 27 больным наложен дуоденоюноанастомоз по Грегори – Смирнову. При этом тощая кишка пересекается в 15–20 см от её начала, формируется петля по Ру с наложением дуоденоюноанастомоза справа от брыжеечных сосудов. Остальным 6 больным проведена резекция дуоденоюноанального перехода и сформирован дуоденоюноанастомоз впереди брыжеечных сосудов – операция Робинсона. Такие же дренирующие операции выполнены 10 пациентам с постхолецистэктомическим синдромом, обусловленным АМК ДПК.

У 7 человек ранее наряду с холецистэктомией был сформирован холедоходуоденоанастомоз, и на фоне АМК ДПК он проявился рефлюкс-холангитом. Наиболее обоснованной операцией в этой ситуации считаем антрумэктомию с исключением ДПК и дополнительное её дренирование (патент № 2176483 от 10.12.2001 г.). Антрумэктомию дополняется селективной ваготомией культи желудка, формируется гастроэнтероанастомоз по Финстереру, отводящая петля пересекается с последующим наложением дуоденоюноанастомоза с исключенной ДПК (рис. 1).

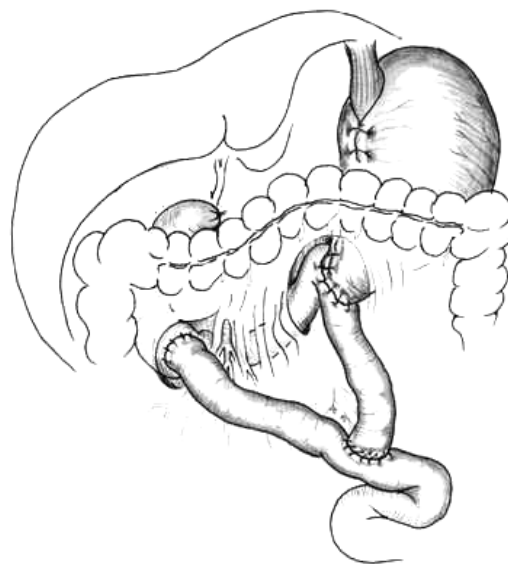


Рис. 1. Комбинированная операция: холецистэктомия, антрумэктомия по Финстереру и дуоденоюноанастомоз по Грегори – Смирнову

Наиболее обоснованной операцией при хроническом панкреатите на фоне АМК ДПК считаем дуоденоюноанастомоз по Грегори – Смирнову. Сложную проблему представляет хронический панкреатит с наличием кист в железе. Нами разработана и применена у 7 человек комбинированная операция, при которой тощая кишка пересекается в 15–20 см от её начала и формируется петля по Ру. Сформированная петля проводится через окно мезоколон и последовательно формируется цистоеюноанастомоз, а ниже – дуоденоюноанастомоз бок-в бок справа от верхних брыжеечных сосудов, а далее восстанавливается непрерывность тощей кишки (рис. 2).

При хроническом панкреатите с наличием множественных камней Вирсунгова протока у 2 человек осуществлена продольная панкреатотомия, удалены камни из протока, сформирован продольный панкреатоеюноанастомоз на петле по Ру, а ниже – дуоденоюноанастомоз на этой же петле (рис. 3).

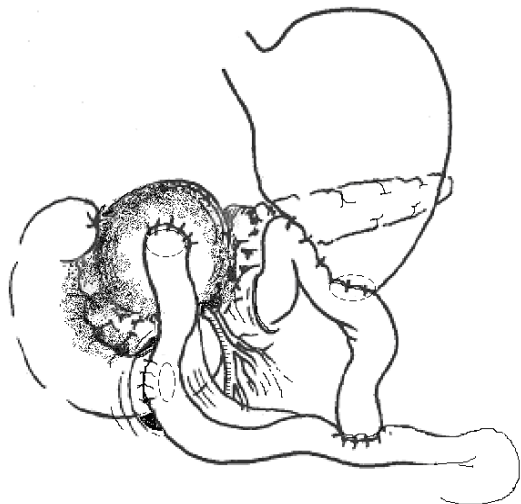


Рис. 2. Комбинированная операция: антрумэктомия, цистоеюноанастомоз и дуоденоеюноанастомоз на одной петле по Ру

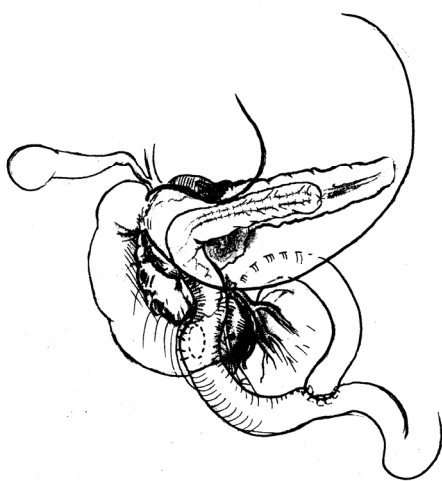


Рис. 3. Комбинированная операция: продольный панкреатоеюноанастомоз и дуоденоеюноанастомоз на одной петле по Ру

При всех вариантах операций анастомозы формировались синтетическими рассасывающимися нитями по типу непрерывных в один ряд. При наложении дистального соустья устанавливали ирригатор в тощую кишку и проводили энтеральное питание в течение 4–5 дней.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде были обусловлены моторно-эвакуаторными нарушениями. У 3 больных после операции Робинсона нарушения эвакуации были связаны с развитием анастомозита в зоне дуоденоеюноанастомоза. На фоне энтерального питания и консервативных мероприятий проходимость соустья восстановилась в сроки от 7 до 10 дней. У одного пациента после операции Грегори – Смирнова возникли нарушения эвакуации из желудка в связи с обострением панкреатита и образованием парапанкреатического инфильтрата. После комплексной консервативной терапии эвакуация восстановилась. При обследовании через год выявлена стриктура большого дуоденального соска, устраненная эндоскопически.

Кровотечения в раннем периоде возникли у 3 человек: у 2 – из зоны гастроэнтероанастомоза, остановлены эндоскопически; у 1 – из зоны дуоденоеюноанастомоза, потребовалась релапаротомия. Анастомоз был раскрыт, кровотечение по линии задней губы остановлено прошиванием.

Отдаленные результаты в срок от года до 5 лет изучены у 67 оперированных. Отличные результаты установлены у 22 (33%) больных. Они не предъявляли каких-либо жалоб и считали себя здоровыми. Хорошие результаты определены у 30 (45%) человек, которые иногда отмечали диспепсические расстройства, но всегда были трудоспособны и не нуждались в медицинской помощи. У 13 (19%) пациентов отдаленные результаты признаны удовлетворительными. У них сохранялись периодически боли, признаки рефлюкс-гастрита, неустойчивый стул. Неудовлетворительные результаты были у 2 больных, оперированных в стадии декомпенсации нарушений дуоденальной проходимости, из-за выраженных изменений в поджелудочной железе.

Выводы

Хроническая дуоденальная непроходимость чаще всего обусловлена АМК ДПК, которая, как врожденная патология, связана с дисплазией соединительной ткани. Клинически она проявляется с раннего возраста признаками рефлюкс-гастрита, хронического панкреатита. Характерным признаком является образование камней в желчном пузыре в молодом возрасте. У всех этих больных имеются и другие клинические проявления дисплазии соединительной ткани – астеническая конституция, нарушения со стороны костно-суставного аппарата, пролапсы митрального клапана, двухсторонние паховые грыжи и др. Пациенты с артериомезентериальной компрессией ДПК нуждаются в оперативном лечении. Оперировать их желательно в ранние сроки, с учетом сопутствующей патологии. Выбор операции должен быть индивидуально обоснованным. Менее травматичной операцией, дренирующей ДПК, является анастомоз по Грегори – Смирнову, он предпочтительнее и по функциональным результатам.

Библиографический список

1. *Багненко С. Ф., Курьгин А. А., Смирнов А. Д.* Хронический панкреатит. СПб.: Питер 2006; 210.
2. *Нестеренко Ю. А., Стутин В. А., Федоров А. В., Богданов А. Е.* Хроническая дуоденальная непроходимость. М.: Медицина 1990; 240.
3. *Ретин М. В.* Диагностика и хирургическое лечение хронической дуоденальной непроходимости: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь 1990; 19.
4. *Ретин В. Н., Усольцева Л. В., Ретин М. В.* Артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки как патология, ассоциированная с дисплазией соединительной ткани. Пермский медицинский журнал 2005; 1: 37–42.
5. *Fromm S., Cash J.* Superior mesenteric artery syndrome: an approach to the diagnosis and management of upper gastrointestinal obstruction of unclear etiology. *S. D. J. Med.* 1990; 43: 5–10.
6. *Raissi B., Taylor B.M., Taves D.H.* Recurrent superior mesenteric artery (Wilkie's) syndrome: a case report. *Can. J. Surg.* 1996; 39: 410–416.

Материал поступил в редакцию 07.06.2013