

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИИ ПО МАТЕРИАЛАМ КУРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Бондарев Г.А.¹, Горбачёва О.С.^{1,2}, Буянова М.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет Минздрава России», Курск, e-mail: gennadiy_bondarev@mail.ru;

²БМУ «Курская областная клиническая больница», Курск, e-mail: oliagorba4eva@yandex.ru

Актуальность исследования состоит в необходимости дальнейшего изучения ближайших и особенно отдаленных результатов наложения холедоходуоденоанастомоза (ХДА), поскольку в настоящее время, несмотря на длительность истории холедоходуоденостомии, огромный опыт выполнения этой операции, техническую простоту, малую травматичность, удовлетворительные результаты, единодушного мнения относительно целесообразности, физиологичности этой операции у хирургов нет. В связи с неизбежным формированием при ХДА поданастомозного «слепого мешка» и восходящим рефлюкс-холангитом многие хирурги предлагают минимизировать показания для ХДА и шире использовать для внутреннего отведения желчи холедохо- или гепатикоэнтеростомию по Ру. Изучены ближайшие и отдаленные результаты наложения ХДА у 41 больного с различной патологией гепатопанкреатодуоденальной системы. Показания для ХДА соответствовали данным литературы и определялись интраоперационно коллегиально. Ближайшие результаты наложения ХДА оказались вполне удовлетворительными: частота послеоперационных осложнений, купированных консервативно или с применением малоинвазивных хирургических технологий, составляет всего 12,1%, несмотря на тяжелый контингент больных; случаев релапаротомий и послеоперационной летальности не было. Отдаленные результаты наложения ХДА являются также вполне удовлетворительными: почти половина респондентов (43,9%) через 4–9 лет после операции оценивают состояние своего пищеварения как «отличное», одна треть – как «хорошее» и 22% – как «удовлетворительное». Практически все респонденты считают, что это оперативное вмешательство улучшило состояние здоровья, и согласились бы снова на эту операцию. Описанные в литературе негативные последствия ХДА в виде формирования поданастомозного «мешка» и восходящего рефлюкс-холангита спустя 4–9 лет после наложения ХДА были отмечены в анализируемой группе не более чем у 4,9% респондентов в виде субфебрильной температуры и эпизодических ознобов без желтухи и повышения уровня билирубина крови.

Ключевые слова: холедоходуоденоанастомоз (ХДА), ближайшие результаты, заочное анкетирование, отдаленные результаты.

IMMEDIATE AND LONG-TERM RESULTS OF CHOLEDODUODENOSTOMY ON MATERIALS OF KURSK REGIONAL CLINICAL HOSPITAL

Bondarev G.A.¹, Gorbachyova O.S.^{1,2}, Buyanova M.A.¹

¹FSBEE HE «Kursk state medical university of Ministry of Public health of Russia», Kursk, e-mail: gennadiy_bondarev@mail.ru;

²BMI «Kursk regional clinical hospital», Kursk, e-mail: oliagorba4eva@yandex.ru

The relevance of the study lies in the need to further explore the immediate and especially the long-term results of putting choledochojunoanastomosis (CDA), because at the present time, despite the long history of choledochoduodenostomy, the vast experience of this operation, technical simplicity, low injury rate, and satisfactory results, among surgeons there is no consensus of opinion regarding the viability, and physiology of this operation. Due to the inevitable in CDA formation of a subanastomotic "blind bag" and an ascending reflux cholangitis, many surgeons offer to minimize the indications for CDA and recommend a wider use of choledoch- or hepaticoenterostomy according to Rou for the internal drainage of bile. We studied short- and long-term results of putting CDA in 41 patients with various pathology of hepatopancreatoduodenal system. Indications for putting CDA were consistent with findings from the literature and were determined intraoperatively collectively. The nearest results of putting CDA were quite satisfactory: the frequency of postoperative complications, arrested conservatively or with minimally invasive surgical technology, was only 12,1%, despite the severe condition of the patients; there were no cases of relaparotomies and postoperative mortality. Long-term results of putting CDA are also quite satisfactory: almost half of the respondents (43,9%) after 4–9 years after surgery evaluated the state of their digestion as «excellent», one third as «good» and 22% as «satisfactory». Almost all respondents believe that this surgery has improved their health condition and would agree to this surgery again. The negative consequences described in literature manifested in the formation of subanastomotic «blind bag» and ascending reflux cholangitis after 4–9 years after putting CDA were noted in

not more than 4,9% of the respondents of the analyzed group in the form of a subfebrile temperature and occasional chills without jaundice and increase of the bilirubin level.

Keywords: choledochoduodenostomosis (CDA), immediate results, questionnaire poll by correspondence, long-term results.

Внутреннее отведение желчи из общего печеночно-желчного протока может быть достигнуто наложением его соустья с желудком, двенадцатиперстной (ДПК) или тонкой кишками [1].

Внутреннее отведение желчи из гепатикохоледоха *в желудок* применяют очень редко, когда для желчеотведения не могут быть использованы ДПК или тонкая кишка. В начале развития хирургии желчных путей к нему иногда прибегали Tuffier (1905), Kehr (1913). По данным отечественной литературы, такие операции выполнялись А.Н. Бакулевым (1931), И.Л. Брегадзе (1959), Н.С. Макохой (1964), И.Н. Ищенко (1966), Я.Д. Витебским (1967), Э.И. Гальпериным (1969), В.В. Виноградовым (1972) и другими хирургами. В обычных условиях анастомоз желудка с гепатикохоледохом чаще нерационален из-за неудобства анатомических соотношений, технической сложности вмешательства и опасности быстрого рубцевания соустья вследствие его сдавления мощной желудочной мускулатурой [1].

Необходимость соустья гепатикохоледоха *с тонкой кишкой* иногда возникает при внутрипротоковой желчной гипертензии, особенно когда вследствие изменений ДПК или дуоденостаза нельзя наложить холедоходуоденоанастомоз (ХДА).

Таким образом, чаще всего при непроходимости желчных путей *гепатико- и холедоходуоденостомия* являются наиболее частыми оперативными вмешательствами. В настоящее время ХДА рассматривается как один из главных методов завершения операции после вскрытия гепатикохоледоха, когда требуется обеспечить постоянное внутреннее отведение желчи по абсолютным или относительным показаниям, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, с выраженной сопутствующей соматической патологией [1-3].

Супрадуоденальная холедоходуоденостомия впервые была выполнена Riedel (1888) и независимо от него Schprengel (1891). В России ее первым произвел С.И. Спасокукоцкий (1911). В дальнейшем эта операция находит все более широкое применение благодаря работам советских хирургов: А.Ю. Озолинга (1927), Т.А. Грасмика (1929), В.В. Лаврова (1929), Н.Н. Терebinского (1929), С.П. Фёдорова (1934), И.М. Тальмана (1937), а также зарубежных авторов: Jurasz (1923), Flörken (1923), Finsterer (1932) [1, 2, 3]. Таким образом, история ХДА насчитывает более 130 лет.

По *абсолютным* показаниям ХДА выполняется при полной обтурации гепатикохоледоха вследствие травматических повреждений, рубцовых стриктур, индуративного панкреатита, при стенозе фатерова сосочка и при раковых опухолях.

Часто эти операции приходится выполнять по *относительным* показаниям, таким как: осложненные формы холецистита, множественный холедохолитиаз, замазкообразный детрит, неудалимый камень терминального отдела холедоха, когда папиллосфинктеротомия невозможна или противопоказана, воспалительные изменения желчного протока, хронический панкреатит, хронический холангит, атония желчных протоков с их резким расширением, сдавливающий перихоледохеальный лимфаденит и др.

Бесспорными достоинствами этого вмешательства являются техническая простота выполнения, малая травматичность, благоприятные ближайшие и отдаленные результаты. Летальность после ХДА колеблется от 1,1% до 6,2% [1-3].

Однако наложение ХДА нерационально при: 1) обтурации желчных протоков выше места наложения соустья; 2) узком гепатикохоледохе и невозможности создания широкого анастомоза; 3) изменениях стенок холедоха или ДПК, если есть опасность развития недостаточности швов анастомоза; 4) дуоденостазе, высоком риске дигестивно-билиарного рефлюкса и восходящей инфекции желчных путей; 5) близком расположении опухоли к соустью, что может вызвать нарушение оттока желчи через него [1-3].

Исторически вначале был предложен терминологический ХДА (W. Mayo, 1905; H. Kehr, 1913; S. Sterling, 1955; C. Mammana, 1955; A. Arianoff, 1956; Я.Д. Витебский, 1967). Он позволял благодаря ликвидации поданастомозного «слепого мешка» в терминальном отделе холедоха предупредить развитие восходящей инфекции и рефлюкс желчи в главный панкреатический проток. Однако в связи с технической трудностью, невозможностью создания широкого анастомоза, вследствие чего неизбежны рубцовое сужение и неполноценное функционирование соустья, невозможностью ретроградного оттока панкреатического сока при блокаде БСДК эта методика не получила широкого распространения. Методом выбора наложения ХДА стал латеро-латеральный способ как наиболее удобная и надежная методика [1, 2, 3].

Существует не менее четырех технических вариантов выполнения ХДА: 1) по Sasse (1913) – Jurasz (1923) – Зассе–Юрашу, когда холедох вскрывают продольно, а ДПК – поперечно, т.е. разрез на ДПК является как бы продолжением разреза на холедохе; 2) Flörken (1923), когда и холедох, и ДПК вскрывают продольно, в виде буквы «Т»; 3) Finsterer (1932), когда холедох вскрывают продольно, ДПК – тоже продольно, но соотношение разрезов органов – в виде буквы «Г», при этом на края разрезов накладывается двухрядный шов; 4) Роуланда–Миризи – холедох вскрывают поперечным, а ДПК – продольным разрезом с наложением двухэтажных швов [1-3].

Наиболее распространенным из этих методов наложения ХДА является первый из перечисленных, при этом вместо предложенного первоначально непрерывного двухрядного

шва (Зассе–Юраш) в настоящее время накладываются однорядные узловые швы по В.В. Виноградову, поэтому данная методика обычно именуется по Юрашу–Виноградову [1-3].

Слабым местом после наложения ХДА служит образование «слепого мешка» в дистальном отделе холедоха между ХДА и БСДК, что при отсутствии адекватной проходимости БСДК ведет к застою желчи, формированию «замазки», возникновению хронической инфекции в этой зоне. Поэтому некоторые хирурги для профилактики образования этого «слепого мешка» предлагали накладывать ХДА не «бок в бок», а «конец в бок». Оказалось, что это все равно не предотвращает развитие хронического холангита [1-3]. Внедрение лапароскопической техники способствовало разработке соответствующей эндоскопической технологии выполнения ХДА [4].

Предпринимаются различные попытки усовершенствования методики ХДА, в частности путем формирования двустворчатого инвагинационного клапана из слизисто-подслизистого слоя ДПК, путем формирования ХДА на временном микрокаркасе [5].

Появились микрохирургические технологии выполнения билиодигестивных анастомозов, в том числе ХДА [6].

Все это свидетельствует о том, что в настоящее время у хирургов не утрачен профессиональный интерес к этой «старой» операции.

Для профилактики рефлюкс-холангита многими хирургами предлагается вместо ХДА выполнение холедохоэнтероанастомоза в различных вариантах: 1) «конец в бок»; 2) «бок в бок» на предварительно отключенную по Ру петлю тощей кишки. Однако эти операции являются технически гораздо более сложными, особенно у достаточно тяжелой категории возрастных больных с механической желтухой и другими осложнениями патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны [7].

По мнению одних хирургов, наложение ХДА неизбежно приводит к хроническому рефлюкс-холангиту, по мнению других, факт заброса дуоденального содержимого в холедох не имеет большого значения, должно быть свободное циркулирование содержимого холедоха и ДПК в обоих направлениях. Поэтому важнейшим условием адекватности наложения ХДА является его *достаточный диаметр*, который должен быть 2,5–3 см [8-10].

Таким образом, несмотря на длительность истории ХДА, огромный опыт выполнения этой операции, техническую простоту, малую травматичность, вполне удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты, единодушного мнения относительно целесообразности, физиологичности этой операции у хирургов нет. Некоторые хирурги делают акцент на неизбежных следствиях ХДА (рефлюкс-холангит и образование поданастомозного «слепого мешка») и призывают сократить показания к ХДА и чаще прибегать к холедохоэнтеростомии по Ру [7]. В то же время многие хирурги по-прежнему

отдают предпочтение ХДА как проверенной временем простой, малотравматичной и надежной операции, особенно в условиях высокого анестезиологического и операционного риска [9, 10].

Таким образом, изучение ближайших и особенно отдаленных результатов выполнения ХДА остается вполне актуальной проблемой билиарной хирургии.

Цель исследования: изучение ближайших и отдаленных результатов выполнения ХДА у больных по материалам Курской областной клинической больницы (ОКБ).

Материал и методы исследования

Проведен анализ историй болезни 41 больного с патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны, которым в хирургическом отделении Курской ОКБ была выполнена операция холедоходуоденостомии в период с 2011 по 2016 гг., с последующим заочным анкетированием этих пациентов. Анкета была разработана авторами и содержала 11 вопросов. Анкеты были разосланы и возвращались респондентами по почте. Применены стандартные методы статистической обработки.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемую группу составили 24 (58,5%) женщины и 17 (41,5%) мужчин. По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 50 лет был 1 человек (2,4%), от 51 до 60 лет – 6 (14,6%), от 61 до 70 лет – 12 (29,3%), от 71 до 80 – 18 (43,9%) и старше 80 лет – 3 человека (7,3%). Таким образом, больные старше 60 лет составили заметное большинство – 33 человека (80,4%), причем старше 70 лет было 51,2% пациентов.

По годам анализируемые пациенты распределились довольно равномерно: 2011 г. – 4 человека, 2012 г. – 2 человека, 2013 г. – 9 человек, 2014 г. – 10 человек, 2015 г. – 12 человек и 2016 г. – 4 человека, что свидетельствует о том, что в Курской ОКБ показания к выполнению ХДА в течение последних нескольких лет не подвергались серьезному пересмотру.

У значительной части пациентов – 28 человек (68,3%) – первым этапом хирургического лечения было предварительное транскутанное дренирование гепатикохоледоха под ультразвукографическим контролем. Основным показанием для декомпрессии билиарного тракта у этих пациентов была механическая желтуха, нередко сочетающаяся с гнойным холангитом.

Более чем половине больных – 21 человеку (51,2%) – перед ХДА по соответствующим показаниям была выполнена ЭПСТ, показаниями для которой являлись стеноз БСДК, холедохолитиаз или их сочетание. Это говорит о том, что рассматриваемая группа больных была очень тяжелой, требовала разделения хирургического лечения на этапы с целью минимизации анестезиологического и хирургического риска.

Интраоперационными показаниями для наложения ХДА были: 1) расширение холедоха – 34 (82,9%); 2) механическая желтуха – 21 (51,2%); 3) множественные конкременты холедоха – 18 (43,9%); 4) замазкообразная желчь в холедохе – 17 (41,5%); 5) мегахоледохолитиаз – 14 (34,1%); 6) стеноз БСДК – 10 (24,4%); 7) увеличение головки поджелудочной железы со сдавлением терминального отдела холедоха – 3 (7,3%) (всего – 117).

Таким образом, в среднем у каждого больного было до трех показаний для выполнения ХДА. Эти показания находятся в полном соответствии с рекомендациями других авторов [1, 2, 3]. В 16 случаях (39,0%) решение о наложении ХДА принималось консилиумом хирургов.

У абсолютного большинства больных – 38 человек (92,7%) – перед наложением ХДА выполнялась холецистэктомия из лапаротомного доступа по поводу острого или хронического калькулезного холецистита, т. е. почти все эти операции были симультанными. В 27 случаях (65,9%) после наложения ХДА была оставлена транскутанная гепатикостома, наложенная до лапаротомии, в 14 случаях (34,1%) оставлялся дренаж Холстеда–Пиковского для разгрузки ХДА.

Больные находились в стационаре от 14 до 39 суток, в среднем $26,5 \pm 3,9$ суток.

У 5 человек (12,1%) отмечались послеоперационные осложнения: 1) инфицирование лапаротомной раны, потребовавшее санации раны и наложения вторичных швов, – 3 человека (7,3%); 2) гематома ложа желчного пузыря – 1 человек (2,4%); 3) гематома в области правого бокового канала и малый гемоперитонеум – 1 человек (2,4%). Оба последних осложнения были купированы дренированием брюшной полости под ультразвукографическим контролем. Случаев релапаротомии не было. Все пациенты выздоровели.

Были получены ответы на все наши анкеты (41).

На 1-й вопрос анкеты о том, какую бы оценку респондент выставил себе, оценивая состояние своего пищеварения, 18 человек (43,9%) поставили «отлично», 14 человек (34,1%) – «хорошо» и 9 человек (22,0%) оценили свое пищеварение как удовлетворительное. «Неудовлетворительных» оценок не было.

На 2-й вопрос: «Улучшила ли проведенная операция состояние здоровья?» – 100% пациентов ответили утвердительно.

3-й вопрос как бы перепроверял предшествующий ответ. Мы спрашивали: «Если бы можно было вернуться в то время, Вы согласились бы снова на эту операцию?» Лишь 1 пациент ответил отрицательно, остальные 97,6% согласились бы на операцию снова.

Лишь у двух респондентов (4,9%) после операции некоторое время отмечалось субфебрильное повышение температуры тела (4-й и 5-й вопросы анкеты).

Периодические ознобы отмечались после ХДА у этих же двух пациентов (4,9%) (6-й и 7-й вопросы анкеты).

Ни у одного респондента после ХДА не было эпизодов желтухи или повышения билирубина крови (8-й и 9-й вопросы).

10-й вопрос звучал так: «Какие еще проблемы пищеварения, кроме указанных выше, периодически отмечались или отмечаются?» У 37 человек (90,2%) никаких проблем не было. Лишь 4 человека (9,8%) указали периодические боли в эпигастрии (1), изжогу (1), купируемые альмагелем или омезом, что можно объяснить, по-видимому, наличием гиперацидного состояния, а также диспепсические явления (1) и поносы (1).

В 11-м вопросе нашей анкеты спрашивалось, обращался ли пациент после наложения ХДА по поводу проблем пищеварения в какое-либо ЛПУ по месту жительства, и какое обследование ему проводилось? 4 респондента (9,8%) обращались в лечебные учреждения по месту жительства, где им выполнялись ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия, лабораторное исследование крови.

Ни одному пациенту не потребовалась повторная госпитализация в терапевтический или хирургический стационары. Ни один респондент не нуждался в каком-либо повторном хирургическом, в том числе малоинвазивном, вмешательстве.

Выводы

1. ХДА должен оставаться в арсенале билиарной хирургии как простой и надежный метод постоянного внутреннего отведения желчи при условии адекватного определения показаний и технически правильного выполнения этого оперативного вмешательства, особенно у пациентов высокого операционно-анестезиологического риска. Основным условием адекватности ХДА является достаточно широкий диаметр соустья (не менее 2,5–3,0 см).
2. Ближайшие результаты наложения ХДА являются вполне удовлетворительными: частота послеоперационных осложнений, купированных консервативно или с применением малоинвазивных хирургических технологий, составляет всего 12,1%, несмотря на тяжелый контингент больных; случаев релапаротомий и послеоперационной летальности не было.
3. Отдаленные результаты наложения ХДА являются также вполне удовлетворительными: почти половина респондентов (43,9%) через 4–9 лет после операции оценивают состояние своего пищеварения как «отличное», одна треть (34,1%) – как «хорошее» и 22% – как «удовлетворительное». Практически все респонденты считают, что это оперативное вмешательство улучшило состояние здоровья, и согласились бы снова на эту операцию.

4. Описанные в литературе негативные последствия ХДА в виде формирования поданастомозного «мешка» и восходящего рефлюкс-холангита спустя 4–9 лет после наложения ХДА были отмечены в анализируемой группе не более чем у 4,9% респондентов в виде субфебрильной температуры и эпизодических ознобов без желтухи и повышения уровня билирубина крови, которые купировались консервативными мерами амбулаторно.

Список литературы

1. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочиашвили В.И. Непроходимость желчных путей. М.: Медицина, 1977. 312 с.
2. Вишневский А.А., Ульманис Я.Л., Гришкевич Э.В. Желчеотводящие анастомозы. М.: Медицина, 1972. 304 с.
3. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. М.: Видар-М, 2006. 568 с.
4. Байрамов Н.Ю., Зейналов Н.А., Пашазаде В.А. Лапароскопическая холедоходуоденостомия // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013. № 1. С. 43-46.
5. Абрамова А.Г. Значимость малоинвазивных методов в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни: дис. ... канд. мед. наук. Ярославль. 2017. 134 с.
6. Третьяков А.А., Каган И.И., Неверов А.Н., Дронова О.Б., Петров С.В., Кузнецов И.Р. Реконструктивные и восстановительные операции на внепеченочных желчных путях с использованием микрохирургических технологий: экспериментальное обоснование и клинический опыт // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2016. Т. 175, № 4. С. 41-46.
7. Барванян Г.М. Выбор способа хирургической декомпрессии желчных путей при нерезектабельных опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны // Анналы хирургической гепатологии. 2016. № 21(4). С. 55-62.
8. Гришин И.Н. Регургитационный синдром при билиодигестивных анастомозах // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: материалы XXI Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ (г. Пермь, 9-12 сентября 2014 г.). Пермь: ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России. 2014. С. 25-26.
9. Дундаров З.А., Майоров В.М., Адамович Д.М., Батюк В.И., Лин В.В., Красюк О.Н. Рефлюкс-холангит у больных с холедоходуоденостомией // Хирургия. Восточная Европа. 2012. № 3. С. 47-48.

10. Агаджанов В.Г., Шулутко А. М., Насиров Ф. Н., Чантурия М.О. Натрошвили А.Г. Натрошвили И.Г. «Десять лет спустя...» - отдаленные результаты операций из мини-доступа при холецистохоледохолитиазе // Московский хирургический журнал. 2013. № 4. С. 14-18.