

УДК 616.361- 089:616.33- 002.44

С.И. Хмельницький

АКТУАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ ОПЕРЕЖАЮЩЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СЛОЖНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ПЕНЕТРИРУЮЩИХ В ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ

Киевский медицинский университет УАНМ

Цель работы – определение роли морфогенетических факторов пенетрационных инфильтратов в формировании билиарных и эскалации интра- и послеоперационных осложнений с исследованием возможностей их опережающей диагностики. А также разработка, экспериментальное изучение возможностей использования и эффективности новых операций и способов хирургической профилактики и лечения таких осложнений. Изучены макропрепараты пенетрирующих дуоденальных язв и пенетрационных инфильтратов методом гистотопографии у 18 умерших по оригинальной методике. Дополнительно проведен морфологический анализ материалов интраоперационной биопсии у 68 оперированных больных. На экспериментальных моделях операционных ситуаций были отработаны и апробированы в клинике новые адгезивно-пластические операционные методики. Изучена эффективность способов герметизации шовных соединений и пенетрационных дефектов с использованием свободных аутоканевых трансплантатов методом клеевой и высокотемпературной термоструйной биоадгезии. В работе обобщены результаты хирургического лечения 127 больных с билиарными осложнениями пенетрирующих дуоденальных язв за период исследований 1990-2007 годы. Исследование включало два периода – I – 80 (63%) и II – 47 (27%) больных. Мужчин было 89 (70%) и женщин 38 (30%). Выделены следующие варианты клинико-морфологические формы билиарных осложнений; желтушная – 62(49%); дуоденоилеусная – 22 (17%); панкреатическая – 15 (12%); анемическая – 14 (11%); перитонитная – 14 (11%) наблюдений. Показана целесообразность дополнения традиционно освещаемых в литературных источниках осложнений язвенной болезни такой классификацией и ее практическую значимость для опережающей диагностики. Общая летальность составила 9 (7%), соответственно периодам исследования – I – 7 (5,5%) и II – 2 (1,6%) случаев. Неудовлетворительные результаты лечения были обусловлены эскалационными осложнениями – 82 (64,5%) случаев. При этом в I период – 68 (83%) и 14 (17%) во II период наблюдений. Общее количество послеоперационных осложнений связанных с несостоятельностью швов составила – 31 (24,4%), при этом в I период – 27 (21,2%) и 4 (3,2%) во II период исследований. Улучшение результатов лечения во II-й период наблюдений было достигнуто за счет использования усовершенствованной хирургической тактики, новых адгезивно-пластических методик операций и способов герметизации шовных соединений и пенетрационных дефектов.

Ключевые слова: дуоденальная язва, пенетрация, гистотопография, периульцерозное поле, параульцерозное поле, билиарные осложнения, тактика лечения.

На протяжении двух последних десятилетий сводные статистические показатели по язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, опубликованные в странах СНГ и Евросоюза, характеризовались настолько широким диапазоном представленных значений, что стало затруднительно реально оценивать направленность тенденций в этой проблеме. В тоже время, если в целом в литературных данных констатируется факт стойкой тенденции к уменьшению количественных показателей общей заболеваемости язвенной болезнью на фоне успехов медикаментозной терапии. То в многочисленных русскоязычных профильных публикациях прослеживается обеспокоенность проблемой осложненных язв двенадцатиперстной кишки [4, 6, 11, 12]. Прежде всего, это увеличение удельного

веса рефрактерных к консервативному лечению дуоденальных язв постбульбарной локализации, как правило, пенетрирующих и сопровождающихся большой зоной поражения. По новым данным такие язвы пенетрируют от 44% до 65,2% [1, 7]. Частота встречаемости же гигантских язв двенадцатиперстной кишки составляет от 5-10,4% до 20% [2, 5]. При этом пенетрирующими они являются в 94,4-100% случаев [8]. Эти язвы не раз ставали предметом обсуждения и описаны как сложные или «трудные» в связи с агрессивным характером их язвенно-деструктивных и рубцово-стенотических осложнений [9]. Гигантские и пенетрирующие в желчные протоки, образования ворот печени и головку поджелудочной железы дуоденальные язвы по мере нарастания патоморфологических проявлений ведут

к развитию осложнений со стороны билиарной системы. Пенетрационный инфильтрат вовлекает в воспалительный процесс желчные и панкреатические протоки, элементы гепатодуоденальной связки, сосуды и ткань головки поджелудочной железы. Хроническая агрессия язвенно-деструктивных и воспалительных факторов способствует образованию билиарных свищей, стриктур, ишемии тканей и обширных полей гранулематозного воспаления, формируются условия не только для внутрикишечного, но и внутрибрюшинного кровотечения и перфораций.

Наряду с билиарными, такие язвы неизменно ведут к эскалации всё новых осложнений, характер которых определяется степенью и количеством вовлекаемых органов и тканей в воспалительный процесс, что требует нестандартного оперативного пособия и адекватного интраоперационной ситуации использования арсенала сочетанных операций на гастро-дуоденальном и гепатобилиопанкреатическом органокомплексах.

Ведущими клиническими проявлениями билиарных осложнений являются симптомы нарушения транзита желчи в виде желтухи с атаками холангита, что часто маскирует первичную симптоматику язвенной болезни, приводит к односторонней оценке состояния больного и способствует диагностическим и тактическим ошибкам. Поэтому в литературе последних лет конкретно обсуждаются наблюдения, когда о наличии пенетрации язвы в общий желчный проток или о вовлечении в патологический язвенный процесс большого сосочка двенадцатиперстной кишки хирург узнаёт (часто далеко не сразу) только после возникновения тяжелых интра- и послеоперационных осложнений. Прежде всего, к таким осложнениям относится интраоперационная травма общего желчного и главного панкреатического протоков, дуоденального сосочка, ткани поджелудочной железы и сосудистых структур. Недооценка или неадекватная коррекция такой патологии в дальнейшем приводит к развитию наружных желчных, панкреатических и дуоденальных свищей, абдоминальной флегмоны, аррозивных кровотечений, панкреонекроза и перитонита [3]. Эти обстоятельства диктуют необходимость разработки и освещения вопросов, связанных с упреждающей диагностикой били-

арных осложнений хронической дуоденальной язвы, осложненной пенетрациями и массивными воспалительными пенетрационными инфильтратами. Анализ публикаций по обсуждаемой проблеме и осмысление собственного опыта показывает, что для полноценной диагностики, а значит своевременного проведения упреждающих мер по подготовке больного и готовности операционной бригады к успешному проведению самой операции, наблюдается дефицит информации о диагностике и лечении такой патологии. Во время оперативного вмешательства перед хирургом наряду с такими главными задачами, как удалить язву, восстановить транзит желчи и панкреатического секрета, встают еще и специфические задачи, которые во многом могут определять дальнейший характер хирургического лечения и его исход. Среди таковых наиболее актуальными являются следующие вопросы и задачи. Что делать с пенетрационным инфильтратом после того, как дно язвы вместе с кишкой практически отделяется от него еще на этапах ревизии кишки и определения характера язвенного поражения? В какой мере допустимо дальнейшее выделение элементов гепатодуоденальной связки из пенетрационного инфильтрата? Как поступить с дефектами стенок общего желчного протока, вовлеченных в воспалительный инфильтрат и какие оптимальные способы ликвидации билиодуоденальных свищей? Какой выбор способа операции необходим при сочетанной билиарной и панкреатической гипертензии на фоне пенетрации язвы в головку поджелудочной железы? Какие оптимальные действия хирурга при рубцово-воспалительной трансформации части общего желчного протока, особенно в зоне конfluence в результате пенетрации язвы в образования ворот печени? Какие меры хирургической профилактики несостоятельности швов, образования свищей и аррозивного кровотечения в зоне пенетрационно-воспалительных дефектов необходимо провести по окончании оперативных манипуляций на структурах и тканях, вовлеченных в пенетрационный инфильтрат, находящихся в состоянии воспалительной деструкции и воспалительно-рубцовых изменений? Эти и многие другие специфические вопросы и задачи, возникающие в момент операции у таких больных, ставят хирурга в затруднитель-

ное положение при отсутствии унифицированной тактики и обобщенного опыта лечения такой патологии. Следовательно, вопросы рационального выбора характера, объема и технологии производства операции при билиарных осложнениях сложных пенетрирующих дуоденальных язв являются проблемными и требуют дальнейшего исследования и поиска новых путей их решения [10].

Целью работы стала необходимость получения дополнительных сведений об особенностях патоморфологических изменений в пенетрационных инфильтратах язвы двенадцатиперстной кишки. Определение роли морфогенетических факторов в формировании билиарных и эскалации интра- и послеоперационных осложнений с исследованием возможностей их опережающей диагностики и лечения. А также разработка, экспериментальное изучение возможностей использования и эффективности новых оперативных методик и способов хирургической профилактики и лечения таких осложнений.

Материал и методы

Для изучения особенностей патоморфологических изменений в пенетрационных инфильтратах язвы двенадцатиперстной кишки использована методика исследования гистотопограмм. Материалом для гистотопограмм стали постмортально уточненные случаи обширных пенетраций дуоденальных язв у 16 умерших не оперированных больных и 2 больных умерших после операции. Дополнительным материалом для исследования стали биоптаты эксцизионной интраоперационной биопсии у 68 оперированных больных. Непосредственным объектом исследования были гистотопографические срезы через максимальный диаметр язвенного очага и параульцерозные ткани и структуры, пораженные язвой. Плоскость среза была направлена перпендикулярно к плоскости дна язвы (рис. 1.). Типичный образец такой гистотопограммы представлен на рисунке 2 в шестикратном увеличении. Методы гистологической обработки таких больших тка-

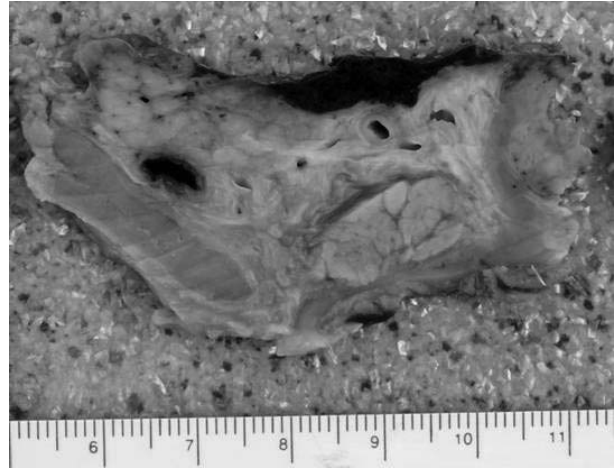


Рис. 1. Постмортальный макропрепарат крупным планом. Срез через язву двенадцатиперстной кишки и пенетрационный инфильтрат (параульцерозное поле) с вовлеченными органами структурами и тканями

невых образцов требовали нестандартных подходов. Так для фиксации тканей был использован 10% раствор нейтрального формалина на 0,1 М забуференом изотоническом растворе. Перед смешиванием изотонического фосфатного буфера как растворителя с нейтральным концентрированным формалином, в растворитель добавляли глицерин с расче-



Рис. 2. Гистотопограмма пенетрационного инфильтрата язвы ДПК. (макропрепарат рис. 1). Пенетрация хронической язвы ДПК в гепатодуоденальную связку и головку поджелудочной железы (E) в месте прохождения через нее общего желчного протока (C). Также: (A) – ветви панкреатодуоденальной артерии; (B) – ветви панкреатодуоденальной вены; (D) – организованное кровоизлияние на дне язвы ДПК; (F) – гиперплазированный лимфатический узел. Окраска: гематоксилин-эозин. $\times 6$.

та 20 мл глицерина на 1 литр (980 мл) растворителя (2% раствор глицерина на изотоническом 0,1 М фосфатном буфере pH 7,2). Такой формалинглицериновый изотонический нейтральный раствор проводит фиксацию быстрее и мягче, а формалин проникает на большую глубину тканей за счет глицерина, который служит не только удачным проводником для формоловых субстанций, но и смягчает процессы денатурации, что не приводит к излишнему затверждению тканей. Это особенно ощутимо в процессе последующей резки на микротоме. Перед спиртовой дегидратацией образцы тканей на протяжении 12 часов промывали в холодной воде. Спиртовую дегидратацию таких больших объемов тканей необходимо либо увеличить по времени в 1,5-2 раза, либо проводить при температуре 37-40 градусов на протяжении стандартного времени. Обработку толуолом (ксилолом) тканей после спиртовой дегидратации не меняли, как и не меняли время пребывания тканей у толуолпарафиновой смеси. Пребывания тканей в расплавленном парафине увеличили в 1,5-2 раза. Гистологические срезы толщиной 5-7 мкм делали на санном микротоме. Следует отметить его определенные преимущества в сравнении с ротационным микротомом. Парафиновые блоки и микротомный нож охлаждали на соответствующих подушечках и с замороженным теплоносителем до 5-10 градусов.

Для исследования возможности использования свободных аутоканевых трансплантатов и эффективности адгезивно-пластических оперативных методик герметизации швов и закрытия дефектов выполнена серия экспериментальных операций на животных. Все экспериментальные исследования были выполнены в соответствии с принципами GLP и «Правилами виконання робіт з використанням експериментальних тварин», утвержденными МЗ Украины. После предварительного сравнительного исследования оптимальным и легко доступным аутоканевым трансплантатом избрана брюшина. Изучены способы фиксации трансплантата клеевым методом с помощью биосовместимого адгезива n-butylcyanoacrylate (Enbucrilate) и методом высокотемпературной термоструйной биоадгезии. Экспериментальное исследование включало три последовательных этапа. На первом этапе выбрана экспериментальная

модель операционной ситуации – фиксация трансплантата к декапсулированному участку печени. Использованы 12 белых беспородных крыс разного пола весом 200-250 г. Исследование морфологических препаратов проводилось на 7, 14 и 28 сутки. На втором этапе моделировалась операционная ситуация, когда трансплантат контактировал с желчью. Для этого формировался дефект в стенке желчного пузыря через все слои с последующим закрытием его только адгезивно-пластическим способом. Эксперимент проведен на 8 кролях разного пола весом 4,5-5 кг. Гистологический анализ препаратов стенок желчного пузыря проведен на 10, 20 и 180 сутки после выведения животных из эксперимента. На третьем этапе целью исследования стала верификация эффективности способов герметизации значительных по размерам дефектов стенок желчного пузыря. Для этого проведено оперативные вмешательства на 8 беспородных свиных разного пола, весом 20-25 кг окончательная оценка результатов и получение морфологических препаратов проведено в сроки 10, 90, 120 и 180 суток. В каждый указанный срок выведено из эксперимента по 2 животных. В целом получено и проведено морфологический анализ 48 гистологических препаратов.

Клиническое исследование основано на изучении результатов диагностики и лечения 127 больных со сложными пенетрирующими язвами двенадцатиперстной кишки. Особенностью клинической группы больных являлось наличие у них билиарных осложнений с клиническими и интраоперационными признаками поражения желчевыводящих протоков и нарушения транзита желчи.

Результаты и обсуждение

Решающее значение в формировании билиарных осложнений у больных с пенетрацией дуоденальной язвы в желчные протоки имеет характер, степень выраженности и направленность распространения пенетрационного инфильтрата. По специфичным патоморфологическим признакам он представляет собой воспалительное параульцерозное поле, которое структурно и морфологически принципиально отличается от язвенного фиброзного периульцерозного поля. Доселе подробно изучено и описано периульцерозное или фиброзное язвенное поле, морфологическим

субстратом которого является ткань стенки двенадцатиперстной кишки. Параульцерозное поле появляется после начала пенетрации и выхода агрессивных факторов дуоденального содержимого за пределы кишечной стенки и является результатом дальнейшего распространения воспаления на окружающие ткани и органы. В параульцерозном поле воспалительные процессы происходят с вовлечением гораздо большего числа структур и элементов соединительной ткани, включая и жировую, чем в периульцерозном поле кишечной стенки. Гистотопография позволяет не только увидеть пространственные различия параульцерозного и периульцерозного полей, но и изучить и оценить морфогенетически различные процессы, которые формируют направленность патологического процесса.

Представленная гистотопограмма на рисунке 2 имеет вид неправильной формы прямоугольника с волнистыми контурами. Верх гистотопограммы – это часть дна язвы (часть периульцерозного поля), которая пенетрирует в головку поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку. На дне язвы видны кровяные сгустки вследствие аррозивного кровотечения. Между двумя участками поджелудочной железы (Е) и гиперплазированным лимфатическим узлом (F) просматривается обширное поле, представленное пластом соединительной ткани (стромальный каркас), в котором определяются артериальные и венозные сосуды, нервы, лимфатические сосуды, общий желчный проток. Максимально приближенная к язвенному очагу располагается зона безклеточного склероза с измененными коллагеновыми волокнами, что плотно прилегают одно к другому, создают солидный пласт. Это есть эквивалент того, что хирург пальпирует по краю оmozолелой язвы, т.е. каллезной зоны. Дальше, дистальнее от пласта, наблюдается зона лейкоцитарной инфильтрации с преобладанием лимфоцитов и макрофагов. Зоны фибриноидного и гранулематозного воспаления повторяясь несколько раз, идут друг за другом, создают «ритмические структуры» (рис. 3.). Этот феномен был характерным для всех 18 (100%) гистотопограмм. Значительно дистальнее от язвенного очага начинается зона активного ангиогенеза с элементами клеточного склероза. Среди клеточных элементов этой зоны выделяют-

ся лимфоциты, макрофаги, отдельные фибробласты, а также клеточные компоненты, которые обеспечивают ангиогенез. Это зона активного неоколлагеногенеза, где среди клеточных элементов преобладают фибробласты и макрофаги, а коллаген представлен незрелыми структурами с тенденцией к метахромазии, что заметно даже при рутинной окраске гематоксилином и эозином в виде характерной базофильности волоконных структур. У 16 (89%) гистотопограммах и 52 (76,4%) биоптатах при окраске трихромом по Массону на всей территории параульцерозного поля обнаружено фибриноидное просачивание коллагеновых волокон стромального каркаса. Характерно, что эти поля повторяют ход коллагеновых волокон, но сами по себе не имеют волокнистого строения. Отсюда можно сделать вывод, что коллаген дегенерирует через явления мукоидного отека, которые предшествуют фибриноидным изменениям. Поэтому и поля фибриноидной дегенерации более размыты. Характерными являются также изменения в сосудах, которые в отношении артериол могут быть охарактеризованы как выраженный периваскулярный отек, склеротизация стенки и внутрисстеночный тромбоз. Эластический каркас сосудистой стенки несовершенный и инфантильный, что является морфологическим предвестником аррозивных кровотечений. Также очевидно, что фибриноидные изменения в своей преобладающей массе являются свидетельством продолжающегося деструктивно-воспалительного процесса и составляют морфологическую сущность



Рис. 3. Ритмические структуры ulcerогенеза – концентрические полосы лейкоцитарной инфильтрации на фоне зрелых коллагеновых параульцеральных тяжей. Окраска: гематоксилин-эозин. $\times 100$

пенетрационных дефектов, которые нуждаются в активном хирургическом воздействии. Поля несовершенного капиллярогенеза в параульцерозном поле свидетельствуют о нефизиологических регенераторных процессах в его структурах. Поэтому, наложение швов на такие ткани неизбежно приведет к их несостоятельности.

Выявленные особенности изменений в структурах и элементах соединительной ткани параульцерозного поля свидетельствуют о целесообразности разработки и применения в практике способов хирургической профилактики возможной эскалации осложнений. И прежде всего, связанных с активным воспалительно-деструктивным процессом в оставляемых тканях с высокой угрозой несостоятельности швов, наложенных на них. В первую очередь к таким оперативным приемам относятся методики герметизации и укрытия линии швов и закрытие пенетрационных дефектов пластическими способами.

Важным моментом в проведении оперативных вмешательств в зоне пенетрационного инфильтрата является острый дефицит не подверженных воспалительным изменениям местных тканей, которые возможно использовать для пластики или реконструкции. Поэтому, успешное завершение операций с приемами хирургической профилактики описанных осложнений во многом зависит от возможностей дополнительного использования аутоканевых трансплантатов.

Экспериментальная часть работы показала возможность и целесообразность использования в таких ситуациях свободных лоскутов брюшины при условии их фиксации клеевым методом или методом высокотемпературной термоструйной биоадгезии. В таком случае удается избежать их быстрого некроза и лизиса. Трансплантат за счет плотной фиксации к тканям длительное время морфологически идентифицируется, постепенно встраиваясь в регенераторные процессы, возможно под воздействием тканевых трофологических паттернов. Разработанные на этой основе оперативные приемы применены во втором периоде работы и показали свою эффективность по хирургической профилактике эскалационных осложнений.

В клинической части работы обобщены результаты хирургического лечения пенетриру-

ющих дуоденальных язв со специфическими билиарными осложнениями за период с 1990 по 2010 годы у 127 больных. Исследование включало два периода – I – 80 (63%) и II – 47 (27%) больных. Мужчин было 89(70%) и женщин 38(30%). Общая летальность составила 9 (7%), соответственно по периодам наблюдений – I – 7 (5,5%) и II – 2 (1,6%). Локализация и характер пенетрирующих язв двенадцатиперстной кишки выглядели так: бульбарные обширные и циркулярные язвы – 60 (47,2%), постбульбарные язвы – 29 (22,8%), юкстапипиллярные язвы – 7 (5,5%), распространенные язвенные поражения двенадцатиперстной кишки (гигантские язвы) – 31 (24,4%). Морфологической основой билиарных осложнений является пенетрационный инфильтрат с распространением на желчные протоки, дуоденальный сосочек, ткань поджелудочной железы и печени при различных вариантах его локализации. При этом в зависимости от степени воспалительного и рубцового повреждения желчных, панкреатических протоков и сосудов инфильтрат приводит к сдавлению и обтурации протоков, перфорации их стенок с образованием фистул, кровотечениям, рубцовым стриктурам. В разнообразной палитре клинических проявлений ведущими патогномичными признаками билиарных осложнений являются симптомы нарушения билиарного и панкреатического транзита и атаки холангита. В исследованной группе больных выделены такие основные вариантные клинкоморфологические формы билиарных осложнений: иктеричная (язва + билиарная гипертензия + холангит) – 62 (49%); дуоденоилеусна (язва + билиарная гипертензия + дуоденальная непроходимость) – 22 (17%); панкреатическая (язва + билиарная гипертензия + панкреатическая гипертензия) – 15 (12%); анемическая (язва + билиарная гипертензия + анемия) – 14 (11%); перитонитная (язва + билиарная гипертензия + ограниченный перитонит) – 14 (11%) больных. Патоморфологическим эквивалентом характера билиарных осложнений были следующие интраоперационные находки: пенетрационный инфильтрат с деструктивно-воспалительным вовлечением и компрессией элементов гепатодуоденальной связки и пенетрацией в головку поджелудочной железы – 74 (58,3%); обширный пенетрационный инфильтрат ворот печени – 7 (5,5%);

пенетраційний інфільтрат з деструктивно-воспалительним вовлеченням загального жєлчного протока і наявністю бїлідуоденального свища – 21 (16,5%); пенетраційний інфільтрат з деструктивно-воспалительним вовлеченням загального жєлчного протока і протягненої його рубцово-воспалительної стриктурою – 18 (14,2%); пенетраційний інфільтрат з вовлеченням головки піджелудочної залізи і великого дуоденального сосочка – 7 (5,5%).

Бїліарні ускладнення язвенної болєзни крім своєї неперсидьової значимості і впливу на течєння заболєвання в 82 (64,5%) случаєв стали причиною розвитку інтра- і постоперационних ускладнєнь, котрі в послєдуючєм класифіковувалися як ескаляційні. Аналіз результатів хїрургічного лєчення показав, що основна часта неудовлетворительних результатів були обусловлені ескаляційними ускладнєнями у 68 (83%) случаєв в I перїод і 14 (17%) II-ї перїод дослідження. Структура ескаляційних ускладнєнь така: пошкодження жєлчних протоків – 6 (7,3%); жєлчні свищі – 36 (44%); панкреатическі свищі – 6 (7,3%); панкреонекроз – 4 (4,8%); внутрібрюшне кровотєчення – 8 (9,8%); перитонїт – 12 (14,6%); абсцеси брїушної порожнини – 10 (12,2%).

По характеру і об'єму первичні операційні втручання розподїлилися таким образом. Восстановительні операції з зовнішнім дрєніруванням жєлчних протоків – 49 (38,6%) болїх. Пластїки з додатковою герметизацією швів гепатїкохолєдоха і використанням свободних аутоканєвих трансплантатів – 20 (15,7%). Герметизації пенетраційних дефектів пластиком свободними аутоканєвими трансплантатами методом клеєвої і високотемпературної термоструєної бїоадгєзїї – 45 (35,4%). Слєдуєт зазначити, що такі герметизації, як операційні приєми, все використані у болїх во второму перїоді дослідження. Реконструктивні операції з внутрішнім дрєніруванням жєлчних протоків – 39 (30,7%). Реконструкція конфлюєнсы жєлчних протоків з внутрішнім дрєніруванням постє резекції портальної пластїнки печенї – 8 (6,3%). Роздєльне внутрішнє дрєнірування правого і лєвого печеночних протоків – 4 (3,2%). Опе-

рації на дуоденальному сосочку і протоках піджелудочної залізи – 7 (5,5%). А іменно при юктапапілярних язвах. В результатє пенетрації язви наблєдалася патологїчєская трансформація дуоденального сосочка і глибокі рубцово-воспалительні змієнення головки піджелудочної залізи. Пошкодження інтрапанкреатическої частї холєдоха і вірсунгова протока з супрастенотическої їх дїлятацією. У 4 (11%) пацієнтів виконана папіловїрсунгохолєдохопластика з реїмплантацією дуоденального сосочка в стєнку двєнадцятиперстної кишкї. З них у 3 болїх виникли тяжєлі ранні ускладнєння з летальним исходом у 2 пацієнтів. Поєтому в дальнєшєм у таких болїх – 3 (8,5%), виконана резекція жєлудка з поперечним гастроеюанастомозом на короткій петлє і модифікований спосіб операції Фрєя з використанням окремїї ізолированої петлї тонкої кишкї. Окдалєнніє результати у цих болїх прослєжені в термі від 4 до 7 лєт і зафіксовані як удовлетворительніє.

Комбїнований і солєтаний характер патологїчєских змінєнь в органах гепатобїліарного і гастропанкреатодуоденального органокмплєксів у таких болїх створєє нестандартну операційну ситуацію і ставит задачі, ок рішення котрих і звєсят результати лєчення. Окредєляючим фактором успєшного исхода операційних втручання у таких болїх є хїрургїчєская профїлактика постоперационних ускладнєнь, звязаних з несостоятельностью шовних солєдинєнь. Так загальне кїлїчество постоперационних ускладнєнь, звязаних з несостоятельностью швів солєставила – 31 (24,4%). З них в I перїод – 27 (21,2%) і II перїод наблєдєнь – 4 (3,2%). Оклучшєння результатів лєчення во II перїод наблєдєнь було достигнуто за рахунок використання усовершенствованої хїрургїчєской тактїки, нових адгєзївно-пластїчєских методїк операцій і способів герметизації шовних солєдинєнь і пенетраційних дефектів.

Выводы

Сложные пенетрирующие язвы двєнадцятиперстної кишкї протєкают з выраженными морфологїчєскими змінєниями і развитием бїліарних ускладнєнь, хїрургїчєское

лечение которых в свою очередь сопряжено с эскалацией в 64,% случаев интра- и послеоперационных осложнений, определяющих неудовлетворительные результаты лечения у этой категории больных.

Залогом эффективного хирургического лечения такой патологии является унификация знаний и опыта по вопросам упреждающей диагностики и особенностям хирургического лечения билиарных и эскалационных осложнений сложных дуоденальных язв, что будет способствовать более широкой осведомленности об этом практических хирургов и повышению их готовности к проведению полноценной диагностики и адекватного лечения.

Уменьшения количества эскалационных осложнений с 68 (83%) случаев в I период до 14 (17%) во II период исследований было достигнуто за счет внедрения разработанных способов адгезивно-пластических операций и герметизаций пенетрационных дефектов пластикой свободными аутоотканевыми трансплантатами методом клеевой и высокотемпературной термоструйной биоадгезии. Дальнейший поиск в этом направлении является актуальным и перспективным.

АКТУАЛЬНІ ЗАДАЧІ ВИПЕРЕДЖАЮЧОЇ ДІАГНОСТИКИ І ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ БІЛІАРНИХ УСКЛАДНЕНЬ СКЛАДНИХ ВИРАЗОК ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПЕНЕТРУЮЧИХ В ЖОВЧНІ ПРОТОКИ

С.Й. Хмельницький

Мета роботи – визначення ролі морфогенетичних факторів пенетраційних інфільтратів в формуванні біліарних і ескалації інтра- і післяопераційних ускладнень з дослідженням можливостей їх випереджачої діагностики. А також розробка, експериментальне дослідження можливостей і ефективність нових операцій і засобів хірургічної профілактики і лікування таких ускладнень. Досліджені макропрепарати пенетруючих дуоденальних виразок і пенетраційних інфільтратів методом гістотопографії у 18 померлих по оригінальній методиці. Додатково проведений морфологічний аналіз матеріалів інтраопераційної біопсії у 68 оперованих хворих. На експериментальних моделях операційних ситуацій були відпрацьовані і апробовані в клініці нові адгезивно-пластичні операційні методики. Вивчена ефективність засобів герметизації шовних з'єднань і пенетраційних дефектів з використанням вільних аутоотканевих трансплантатів методом клеевої і високотемпературної термоструйної биоадгезії. В роботі узагальнені результати хірургічного лікування 127 хворих з біліарними ускладненнями пенетруючих дуоденальних виразок за період дослідження 1990-2007 роки. Дослідження включало два періоди – I – 80 (63%) і II – 47 (27%) хворих. Чоловіків було 89 (70%) і жінок 38 (30%). Виділені такі

варіантні клініко-морфологічні форми біліарних ускладнень: іктерична – 62 (49%); дуоденоїлузна – 22 (17%); панкреатична – 15 (12%); анемічна – 14 (11%); перитонітна – 14 (11%) спостережень. Показана доцільність доповнення традиційно висвітлених в літературних джерелах ускладнень виразкової хвороби такою класифікацією і практичну значимість для випереджачої діагностики. Загальна летальність склала 9 (7%), відповідно періодам дослідження – I – 7 (5,5%) і II – 2 (1,6%) випадків. Незадовільні результати лікування були обумовлені ескалаційними ускладненнями у 82 (64,5%) випадках. При цьому в I період – 68 (83%) і 14 (17%) в II період спостережень. Загальна кількість післяопераційних ускладнень пов'язаних з неспроможністю швів склала – 31 (24,4%), при цьому в I період – 27 (21,2%) і 4 (3,2%) в II період досліджень. Покращення результатів лікування в II період спостережень було досягнуто за рахунок використання удосконаленої хірургічної тактики, нових адгезивно-пластичних методик операцій і засобів герметизації шовних з'єднань і пенетраційних дефектів.

Ключові слова: дуоденальна виразка, пенетрація, гістотопографія, періульцерозне поле, параульцерозне поле, біліарні ускладнення, тактика лікування.

ACTUAL PROBLEMS OF ADVANCING DIAGNOSTICS AND FEATURE OF SURGICAL TREATMENT BILIARIAN COMPLICATIONS OF DIFFICULT ULCERS OF A DUODENAL GUT, PENETRETIC IN BILIOUS

S.Y. Khmelnickiy

The work purpose. Definition of a role of morphogenetic factors penetrational infiltrates in formation biliarian both escalation inta- and postoperative complications with research of possibilities of their advancing diagnostics. And also working out, experimental studying of variants of use and efficiency of new operations and ways of surgical preventive maintenance and treatment of such complications. Macropreparations penetratic duodenal ulcers and penetrational infiltrates by a method gistotopography at 18 died on an original technique are studied. The morphological analysis of materials intrasurgical biopsies at 68 operated patients is carried in addition out. On experimental models of operational situations new adhesive-plastic operational techniques have been fulfilled and approved in clinic. Efficiency of ways of hermetic sealing suture's connections and penetrational defects with use free autotissue transplants a method of glutinous and high-temperature thermojet bioadhesion is studied. In work results of surgical treatment of 127 patients with biliarian complications penetretic duodenal ulcers during researches 1990 – are generalized 2007. Research included two periods – I – 80 (63%) and II – 47 (27%) patients. Men was 89 (70%) and women 38 (30%). Following alternative clinac-morphological forms biliarian complications – icteric – 62 (49%) are allocated; duodenoileus– 22 (17%); pancreatic – 15 (12%); anemic– 14 (11%); peretonic– 14 (11%) supervision. Necessity of addition of complications of stomach ulcer traditionally shined in the literature by such classification and its importance for anticipatory diagnostics is shown. The general lethality has made 9 (7%), according to the research periods – I – 7 (5,5%) and II – 2 (1,6%) cases. Unsatisfactory results of treatment

have been caused escalacionic by complications – 82 (64,5%) cases. Thus in I the period – 68 (83%) and 14 (17%) during II period of supervision. Total of post-operative complications of the seams connected with an inconsistency has made – 31 (24,4%), thus in I the period – 27 (21,2%) and 4 (3,2%) during II period of researches. Improvement of results of treatment during II d period of supervision has been reached at the expense of use of the advanced surgical tactics, new adhesive-plastic techniques of operations and ways of hermetic sealing suture's connections and penetratical defects.

Key words: a duodenal ulcer, a penetration, a gistotopography, a periulcerous field, a paraulcerous field, biliarian complications, treatment tactics.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков Ю.Н. Оперативное лечение осложнённых дуоденальных язв / Ю.Н. Беляков: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Нижний Новгород, 2002. – 24 с.
2. Графов А.К. Хирургическое лечение гигантских язв двенадцатиперстной кишки / А.К. Графов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Воронеж, 2002. – 23 с.
3. Даминова Н.М. Билиарные осложнения язвенной болезни / Н.М. Даминова, К.М. Курбанов // Вестник хирургии. – 2005. – Т. 164, № 4. – С. 68-70.
4. Курбанов К.М. Хирургическое лечение постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки / К.М. Курбанов, Х.М. Норов, М.К. Гулов // Анн. хир. гепатол. – 2004. – № 3. – С. 42-46.
5. Кутяков М.Г. Клиническое и патофизиологическое обоснование выбора способа хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и её осложнений / М.Г. Кутяков: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Москва, 1989. – 46 с.
6. Лобанков В.М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века / В.М. Лобанков // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58-64.
7. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. / Н.А. Майстренко, К.Н. Мовчан. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 360 с.
8. Марфутенко В.В. К вопросу об улучшении рентгенодиагностики больших и гигантских язв двенадцатиперстной кишки (сокращённый доклад на XII Всесоюзном съезде рентгенологов и радиологов; Ленинград, ноябрь 1990 г.) / В.В. Марфутенко, И.М. Аболмасова, В.В. Калинин // Вестник рентгенологии и радиологии. – 1990. – № 5/6. – С. 92-93.
9. Мыш Г.Д. Патофизиологические аспекты хирургии язвенной болезни / Г.Д. Мыш. – Новосибирск: Наука, 1983. – 195 с.
10. Тарасенко С.В. Юктапапиллярные язвы двенадцатиперстной кишки, осложнённые механической желтухой / С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев, Т.С. Рахмаев // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Том 14. – № 1 (Приложение). – С. 22-23.
11. Jaszewski R. Giant duodenal ulcers Successful healing with medical therapy / R. Jaszewski, S.A. Crane, A.A. Cid // Digest. Dis. Sci. – 1983. – Vol. 28, № 6. – P. 486-489.
12. Millat B. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trials / B. Millat, A. Fingerhut, F. Borie // World J. Surg. – 2000. – Vol. 24. – № 3. – P. 299-306.

Стаття надійшла 11.03.2011