



ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНТРАПАНКРЕАТИЧЕСКИМИ ДИВЕРТИКУЛАМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Васнев О. С., Терехин А. А., Ищенко О. В., Никаноров А. В., Ким Д. О., Шишкану Е. С.

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ, Москва

РЕЗЮМЕ

В настоящее время существует два метода хирургического лечения дивертикулов двенадцатиперстной кишки (ДПК) – резекция дивертикула и выключение ДПК из пищеварения. Представлены результаты хирургического лечения 9 больных с интрапанкреатическими дивертикулами ДПК. Несмотря на то, что при резекции дивертикула высок риск осложнений, учитывая современные возможности профилактики и лечения осложнений, резекция дивертикула представляется предпочтительней, чем выключение ДПК из пищеварения.

Ключевые слова: дивертикул двенадцатиперстной кишки, интрапанкреатический дивертикул, свищ двенадцатиперстной кишки.

SUMMARY

There are two methods of surgical treatment of duodenal diverticulum (DD) — diverticulum resection and disabling the duodenum of digestion. Article presents 9 cases of surgical treatment of INTRADuodenal pancreatic diverticulum. Despite the fact that the diverticulum resection has a high risk of complications, the current possibilities of prevention and treatment of complications make the resection of the diverticulum more preferable than disabling duodenum of digestion.

Keywords: duodenal diverticulum, intra pancreatic diverticulum, duodenal fistula.

Частота дивертикулов двенадцатиперстной кишки (ДПК) достигает 22% [1,2]. Э. Итала [3] разделяет их на три группы — внепросветные, внутрипросветные и дивертикулы, в которые впадают общий желчный и панкреатический проток. Наиболее часто встречаются внепросветные дивертикулы, они образуются при выпячивании слизистого и подслизистого слоев через слабые места в дуоденальной стенке. Подавляющее большинство этих дивертикулов расположено на внутренней, или панкреатической стенке ДПК, где она не покрыта брюшиной (интрапанкреатические дивертикулы). В настоящее время существует два метода хирургического лечения — резекция дивертикула [3] и выключение ДПК из пищеварения [4,5]. Оба метода не лишены недостатков, при первом — высокая частота осложнений [6], при втором — дивертикул остается на месте.

Цель исследования — оптимизация хирургического лечения больных с интрапанкреатическими дивертикулами ДПК.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было обследовано 237 больных, из них у 21 выявлены дивертикулы ДПК. У 16 больных дивертикулы были интрапанкреатическими. Несмотря на то, что дивертикулы ДПК при рентгенологическом и эндоскопическом исследовании выявляли достаточно часто, операция выполнена 9 больным.

Возраст больных составил от 32 до 72 лет, мужчин было 5, женщин — 4. Наиболее частыми жалобами были жалобы на боли в эпигастрии после приема пищи, тошноту, отрыжку накануне принятой пищей, что и заставляло их обратиться за помощью и пройти обследование. Диагноз подтверждали

рентгенологическим и эндоскопическим методом. Показания к операции устанавливали при наличии выраженной клинической картины, подтвержденной эндоскопическими данными — наличие пищевых масс в дивертикуле и рентгенологическими — признаки дивертикула, задержка контраста (рис. 1 на цветной вклейке в журнал).

Троим больным операция выполнена лапароскопически. Дивертикул располагался в нижней горизонтальной ветви слева от брыжеечных сосудов, был выделен со стороны дуоденоеюнального перехода, резецирован при помощи аппарата.

У 6 больных дивертикул располагался на внутренней стенке нисходящей ветви ДПК. Им выполнена лапаротомия. ДПК широко мобилизовали по Кохеру. Для облегчения визуализации выполняли инсuffляцию воздуха в желудок по зонду или эндоскопу, после чего контуры дивертикула становились хорошо видны (рис. 2 на цв. вклейке). Мобилизацию из ткани поджелудочной железы выполняли при помощи ультразвукового скальпеля, что значительно облегчало данный этап за счет отсутствия необходимости перевязки множественных небольших панкреатодуоденальных сосудов. Затем дивертикул вскрывали, визуализировали большой дуоденальный сосочек (у всех больных он располагался рядом, но вне дивертикула) и резецировали, при узком устье — при помощи аппарата, при широком — выполняли дуоденопластику в поперечном направлении, первый ряд швов непрерывный рассасывающимися нитями на слизисто-подслизистый слой, второй — узловыми швами нерассасывающимися нитями на мышечный слой с подшиванием к интрапанкреатической части холедоха.

Всем больным проводили операционную профилактику панкреатита, вводили блокаторы протонной помпы и аналоги соматостатина. По окончании операции выполняли сквозное дренирование сальниковой сумки через винсловое отверстие, мезоколон с целью возможного проточного промывания при наличии осложнений — панкреонекроза, несостоятельности.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В послеоперационном периоде явления панкреатита отмечены у всех больных, что сопровождалось повышением уровня сывороточной амилазы и диастазы мочи. У 7 больных при проведении комплекса консервативных мероприятий явления панкреатита купировались, нормализовались клинико-лабораторные показатели, при контрастном рентгенологическом исследовании нарушения проходимости ДПК не выявлено, они были выписаны после снятия швов на 10–12 сутки после операции. У 1 больной послеоперационный период протекал тяжело. Во время операции был резецирован дивертикул размером 4×4×3 см с широким основанием, большой дуоденальный сосочек располагался

практически у основания. Из-за большого размера дефекта в ДПК дуоденопластика выполнена с техническими трудностями, холедох был дренирован по Пиковскому. На 3 сутки после операции выраженная клиническая картина панкреатита с повышением уровня сывороточной амилазы до 1000 ед./л, диастазы мочи до 6500 ед./л. Была выполнена фистулохолангиография, при которой контраст поступал в свободную брюшную полость через дефект ДПК 2 мм. В связи с отсутствием клинической картины перитонита, поступления патологического отделяемого по сквозному дренажу и других дренажей из брюшной полости от релапаротомии было решено воздержаться. На фоне консервативного лечения состояние больной улучшилось. Через 10 дней проведена контрольная фистулохолангиография при которой контраст свободно поступал в ДПК, после «тренировки» дренаж из холедоха удален, удален также и сквозной дренаж из брюшной полости, так как отделяемого по нему не было. У больной стала отмечаться гипертермия по вечерам до 38,0, из раны стояния сквозного дренажа появилось гнойное отделяемое в небольшом количестве. Выполнена фистулография, при которой контраст по узкому ходу 0,3 см поступал в ДПК (рис. 3 на цв. вклейке). Свищевой канал дренирован тонкой силиконовой трубкой с боковыми отверстиями, выполнялось ежедневное промывание. Через 7 дней отделяемого по свищу практически не было, свищ закрылся самостоятельно.

У другого больного в послеоперационном периоде отмечено более тяжелое осложнение — формирование свища ДПК 1 типа [7]. Больной 70 лет поступил в хирургическое отделение с клинической картиной механической желтухи. При УЗИ выявлен интрапанкреатический дивертикул, а также расширение холедоха до 12 мм, внутривенных желчных протоков. Наличие дивертикула подтверждено также и эндоскопически. В срочном порядке больной был оперирован. Выявлен интрапанкреатический дивертикул 4×3×3 см с узким основанием, так как большой дуоденальный сосочек не был визуализирован, выполнена супрадуоденальная холедохотомия. При зондировании дистального отдела холедоха выявлен недиагностированный конкремент 1 см, извлечен (он и являлся причиной желтухи). После чего зонд свободно прошел в ДПК, дивертикул резецирован при помощи аппарата, наложен дополнительный ряд нерассасывающихся узловых швов, выполнена холецистэктомия, дренирование холедоха по Керу. Послеоперационный период протекал гладко, однако на 8 сутки больной стал жаловаться на выраженные боли в животе, при УЗИ выявлено отграниченное скопление жидкости в правом поддиафрагмальном пространстве. Учитывая отграниченный характер скопления, решено выполнить пункцию и дренирование под контролем УЗИ.

По установленному дренажу одновременно выделилось 1100 мл желчи (вероятнее всего, причиной скопления желчи явилось подтекание из холедоха помимо дренажа Кера), больной отметил облегчение, желчь по дренажу более не поступала. На следующие сутки отмечено резкое и внезапное ухудшение общего состояния больного, снижение артериального давления, по дренажам из брюшной полости стала поступать кровь. При релапаротомии выявлен гемоперитонеум 1500 мл, очаговый панкреонекроз в области головки поджелудочной железы, арозивное кровотечение из задней панкреатодуоденальной артерии, швы на ДПК оказались состоятельными, выполнено прошивание арозированной артерии, реинфузия крови. Через сутки по сквозному дренажу стала поступать желчь в объеме 1000 мл за ночь, стало очевидным, что у больного открылся свищ ДПК 1 типа [7]. Хотя при УЗИ свободной жидкости в брюшной полости выявлено не было, свищевое отделяемое полностью улавливалось сквозным дренажом, отсутствовала клиническая картина перитонита, учитывая большие потери по свищу, решено было выполнить релапаротомию. Во время операции выявлен дефект в зоне дуоденопластики 0.5x0.5 см, выполнено отключение ДПК из пищеварения путем прошивания желудка выше привратника, стволовая ваготомия, наложение позадиободочного заднего гастроэнтероанастомоза с брауновским соустьем, сквозное дренирование

через свищ, приводящую петлю, желудок, носовой ход, подшивание к свищевому отверстию круглой связки печени по типу Опделя-Поликарпова, в отводящую петлю установлен назоинтестинальный зонд для питания [7]. В послеоперационном периоде постоянно проводилась активная аспирация из сквозного дренажа, установленного через свищ, энтеральное питание, затем дважды проводилась замена сквозного дренажа на дренаж меньшего диаметра, затем на леску. Свищ закрылся через 1 месяц, наступило выздоровление.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При интрапанкреатических дивертикулах ДПК с осложненным течением, наличии клинической картины дивертикулита, механической желтухи показано оперативное лечение. При резекции дивертикула высок риск осложнений — панкреонекроза, несостоятельности швов ДПК. Поэтому помимо лечения аналогами соматостатина, ингибиторами протонной помпы, необходимо дренировать зону вмешательства сквозным дренажом с последующей активной аспирацией. Учитывая современные возможности профилактики и то, что сохранение прямого пассажа функционально выгодней для больного, резекция дивертикула нам представляется предпочтительней, чем выключение ДПК из пищеварения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Razdan R. Recurrent duodenal diverticulitis after surgical resection of the diverticulum: a case report and literature review/R. Razdan, K. Oatis, N. Specht // Conn. Med. — 2011. — Vol. 75, № 8. — P. 469–472.
2. McSherry C. K. Biliary tract obstruction and duodenal diverticula/C. K. McSherry, F. Glenn // Surg. Gynecol. Obstet. — 1970. — Vol. 130, № 5. — P. 829–836.
3. Атлас абдоминальной хирургии: Т. 2. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки: пер. с англ./Э. Игала — М.: Мед. Лит., 2009. — 472 с.
4. Земляной А. Г. Дивертикулы двенадцатиперстной кишки/А. Г. Земляной // Хирургия. — 1961.-№ 2. — С. 60–65.
5. Фассахова Л. С. Оптимизация диагностики и лечения больных с дивертикулами двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук/Л. С. Фассахова. — Казань, 2003. — 23 с.
6. Алексеев А. А. Дивертикулы двенадцатиперстной кишки: Клиника, диагностика и лечение/А. А. Алексеев // Клиническая медицина. — 1964. — № 2. — С. 26–32
7. Белоконов В. И. Диагностика и лечение свищей желудочно-кишечного тракта: моногр./В. И. Белоконов, Е. П. Измайлов. — Самара: ГП «Перспектива», 2005. — 240 с.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К СТАТЬЕ

**ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ИНТРАПАНКРЕАТИЧЕСКИМИ ДИВЕРТИКУЛАМИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

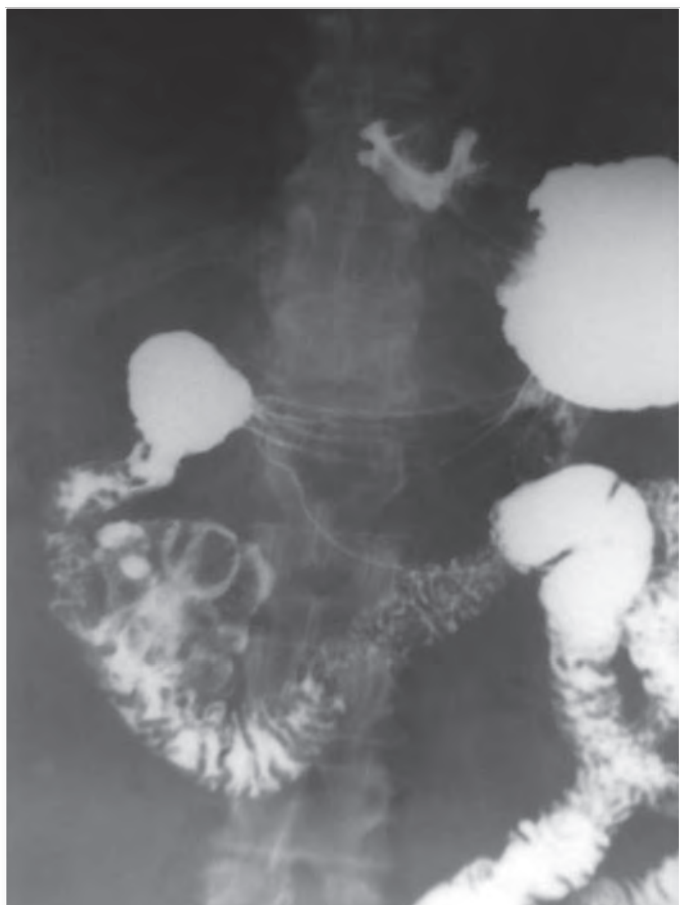


Рис. 1. Интрапанкреатический дивертикул нисходящей ветви ДПК.



Рис. 3. Свищ двенадцатиперстной кишки.



Рис. 2. Интрапанкреатический дивертикул ДПК после мобилизации из поджелудочной железы.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К СТАТЬЕ

РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОЙ 24-ЧАСОВОЙ pH-ИМПЕДАНСОМЕТРИИ ПИЩЕВОДА В ДИАГНОСТИКЕ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

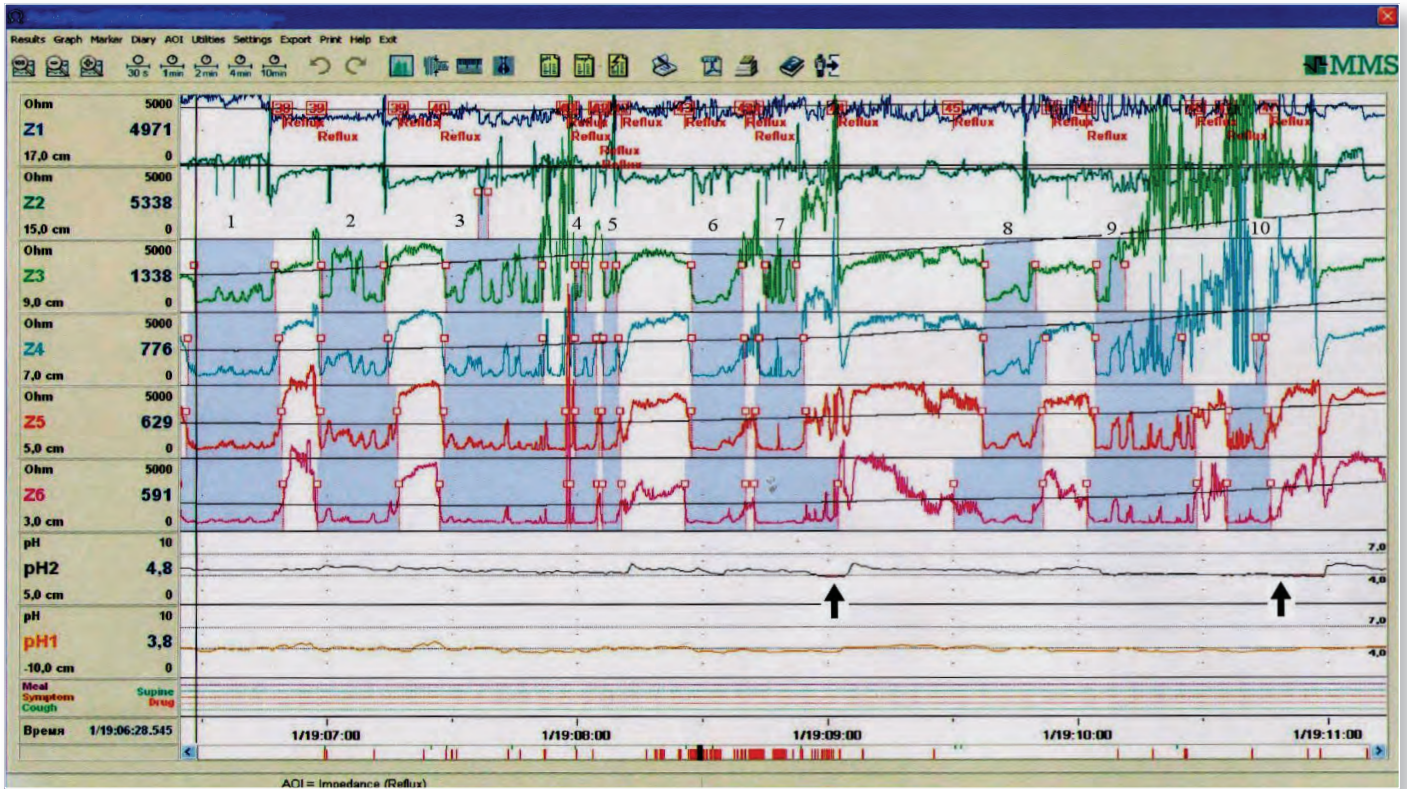


Рис. 1. Часть 24-часовой pH-импедансометрии больного с неэрозивной формой ГЭРБ. Стрелками обозначены эпизоды снижения pH до значений менее 4 в нижней трети пищевода, синим цветом выделены эпизоды рефлюксов, регистрируемых при помощи импедансометрии.