

## РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-1 ПРИ ЯЗВЕННОМ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

Баратов И.Ш., Азимов А.С., Алиев А.Х., Кахаров М.А., Гуломов А.Х.

Кафедра хирургии с курсом топографической анатомии ХО ТИШПМК, хирургическое отделение ЦРБ Б.Гафуровского района, Республика Таджикистан

Введение. Язвенный пилородуоденальный стеноз является одним из самых частых хронических осложнений язвенной болезни и встречается у 24-57% больных язвенной болезнью. Приводя к хроническому голоданию и тяжелым водно-электролитным и белковым нарушениям, пилородуоденальный стеноз является абсолютным показанием к проведению оперативного вмешательства. В настоящее время в арсенале хирургических вмешательств при язвенной болезни имеются варианты ваготомии с дренирующими операциями и резекция желудка, выполняемая чаще всего по второму варианту Бильрота. В то же время резекция желудка по Бильрот-1 многими авторами считается более физиологичной с хорошими результатами в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Настоящее сообщение посвящено анализу нашего опыта применения этой операции в хирургическом лечении пилородуоденального стеноза.

Материал и методы. В хирургическом отделении ЦРБ Б.Гафуровского района за последние 6 лет по поводу язвенного стеноза на лечении находились 121 пациент. Из них 50 больным после обследования выполнена резекция желудка по Бильрот-1. Среди них мужчин было 30 (60%), женщин – 20 (40%) в возрасте от 20 до 67 лет (средний возраст  $38 \pm 4,5$  лет). Длительность язвенного анамнеза варьировала от нескольких месяцев до 30 лет. Средний срок обращения больных за специализированной хирургической помощью составил 2,5 года. Распределяя пациентов по стадиям стеноза, мы отметили, что в компенсированной стадии находились 12 (24%) пациентов, в стадии субкомпенсации – 34 (68%) и в декомпенсированной стадии 4 (8%) больных.

Диагностический алгоритм включал применение эндоскопического и рентгенологического исследований, электрогастрографии, инфракрасной спектроскопии, уреазного и морфологического тестов на хеликобактериоз, комплекса общепринятых лабораторных анализов.

В хирургическом лечении предпочтение отдавалось резекции желудка по Бильрот-1 в модификации предложенной Л.Г.Хачиевым (1985). Эта модификация предусматривает наложение терминалоатерального анастомоза между желудком и 12-перстной кишкой с дополнительной перитонизацией культи 12-перстной кишки задней стенкой желудка. Показанием к выполнению этого вмешательства складывались из полученных данных дооперационного обследования, пола пациента и окончательно определялись на операционном столе. При отсутствии натяжения сшиваемых тканей, явлений дуоденостаза, рубцовых изменений в области Трейтцовой связки, а также у лиц женского пола, конституционально предрасположенных к возникновению послеоперационного демпинг-синдрома, желательнее выполнение резекции желудка по Бильрот-1.

В послеоперационном периоде, начиная со второго дня, проводилось энтеральное зондовое кормление питательными смесями, жидкой и полужидкой пищей. Оно продолжалось 5-7 дней, после чего пациенты переводились на питание по общепринятой схеме кормления после резекции желудка.

Полученные результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила  $1,8 \pm 0,5$  часов. Интраоперационных осложнений нами не отмечено. В ряде клинических наблюдений для более герметичного наложения анастомоза приходилось прибегать к мобилизации 12-перстной кишки по Кохеру.

В ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения отмечены у 9 (18%) пациентов. В том числе раневые осложнения у 4 (8%) больных, послеоперационная гипостатическая пневмония – у 2 (4%), уретрит – у 1 (2%) пациента. Среди специфических осложнений отмечены: анастомозит – 1 (2%), послеоперационный панкреонекроз – 1 (2%) больного с летальным исходом. Причиной панкреонекроза послужила пенетрация язвы в поджелудочную железу и травматичное ее выделение. Других осложнений нами не отмечено.

Большое внимание заслуживают отдаленные результаты хирургического лечения пилородуоденального стеноза по Бильрот-1. Сроки наблюдения от 1 года до 6 лет. Практически все оперированные пациенты чувствуют себя хорошо, возвратились к прежней трудовой деятельности, больше лечения по поводу язвенной болезни не получали. Также за указанный временной промежуток мы не отметили случаев рецидива язвы и повторных оперативных вмешательств. У одной пациентки периодически возникают эпизоды демпинг-реакции легкой степени легко корригируемое соблюдением диетического режима.

Выводы. Таким образом, вышеизложенное является обоснованием к широкому применению операции резекции желудка по Бильрот-1 в хирургическом лечении язвенного пилородуоденального стеноза. При отработанной технике она сопровождается невысокой частотой осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и хорошими функциональными результатами при длительных сроках наблюдения.