

Никитин Н.А., Бакулин П.С.

**АЛГОРИТМ
ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ
РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В УРГЕНТНОЙ
ХИРУРГИИ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПИЛОРОДУОДЕАЛЬНЫХ ЯЗВ**

*ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров*

Резекция желудка, оставаясь одной из наиболее широко применяемых операций в ургентной хирургии пилородуоденальных язв (ПДЯ), характеризуется высоким процентом ранних и поздних послеоперационных осложнений, низкими показателями качества жизни оперированных больных (Крылов Н.Н., 1997; Doberneck R.C., 1993). Это связано с повышением в последнее десятилетие технической

сложности хирургического лечения язв данной локализации, обусловленной ростом частоты встречаемости сочетанных осложнений ПДЯ, которая по данным литературы варьирует от 30 до 63% (Лобанков В. М., 2005; Тарасенко С.В. и соавт., 2005). Ситуация осложняется отсутствием единого мнения относительно роли хронических нарушений дуоденальной проходимости (ХНДП) в развитии и прогрессировании сочетанных осложнений ПДЯ и подходов к хирургической тактике, позволяющей обоснованно произвести выбор оптимального объема хирургического вмешательства у urgentных больных с данной патологией (Жерлов Г.К. и соавт., 2005; **Репин В. Н., Репин М. В., 2005**). В связи с этим вопросы индивидуализации хирургической тактики в urgentной хирургии сочетанных осложнений ПДЯ остаются актуальными.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения urgentных больных с сочетанными осложнениями ПДЯ путем применения алгоритма индивидуализированной хирургической тактики при резекции желудка.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 210 больных, которым в период с 1997 по 2005г.г. в Северной городской клинической больнице г. Кирова по urgentным показаниям были выполнены резекции желудка по поводу сочетанных осложнений ПДЯ.

Основную группу составили 112 пациентов, у которых резекция желудка выполнялась с применением алгоритма индивидуализированной хирургической тактики. Алгоритм включает интраоперационную диагностику и обоснованную коррекцию ХНДП, выбор способа выключения ДПК из пассажа пищи (Бильрот-II или Ру) в зависимости от их наличия и выраженности, оценку категории сложности мобилизации начального отдела ДПК и в зависимости от этого выбор типа резекции желудка и оптимального способа обработки дуоденальной культи (ДК) при ее формировании. Резекция желудка по Бильрот-I с терминотерминальным анастомозом выполнена в 3 случаях, по Бильрот-I с термилолатеральным поперечным анастомозом – в 2, по Бильрот-II с поперечным анастомозом – в 104, и по Ру – в 3.

Группу сравнения составили 98 пациентов, у которых выбор способа и типа резекции желудка, а также способа ушивания ДК определялся техническими возможностями и стереотипными взглядами хирургов. Резекция желудка по Бильрот-I с терминотерминальным анастомозом выполнена в 2 случаях, по Бильрот-I с термилолатеральным анастомозом – в 2, по Бильрот-II с поперечным анастомозом – в 92 и по Ру – в 2.

Кровотечение в качестве urgentного осложнения отмечено у 65(58%) больных основной и 45(45,9%) – группы сравнения, перфорация – у 42(37,5%) и 50(51%) больных, сочетание кровотечения и перфорации – у 5(4,5%) и 3(3,1%) больных соответственно. Наиболее частым сочетанным осложнением была пенетрация язвы, отмеченная в основной группе у 79(70,5%) больных, в группе сравнения – у 58(59,1%). У 33(29,5%) больных основной группы и 23(23,5%) больных группы сравнения пенетрация сочеталась со стенозом. Стеноз в качестве сочетанного осложнения, включая случаи комбинаций с пенетрацией, отмечен по 63 наблюдения в каж-

дой группе, что составило 56,3% и 64,3% соответственно.

Диагностику ХНДП и их стадии проводили с использованием разработанных в клинике алгоритма диагностики и шкалы балльной оценки признаков ХНДП (Н.А. Никитин, 2001). Оценку категории сложности мобилизации начального отдела ДПК осуществляли с использованием классификации Guarneri et al. (1980), согласно которой к трудным дуоденальным язвам относятся язвы с 3-й и 4-й категориями сложности мобилизации, а формируемые при этом ДК относятся к разряду трудных культей.

Основные положения алгоритма индивидуализированной хирургической тактики при резекции желудка в urgentной хирургии сочетанных осложнений ПДЯ выглядят следующим образом.

1. При выборе способа резекции желудка сохранение дуоденального пассажа допускается только в случаях отсутствия признаков ХНДП и трудной дуоденальной язвы. Операцией выбора является резекция желудка по Бильрот-I, предпочтительнее с формированием термилолатерального поперечного анастомоза.

2. Наличие ХНДП во всех случаях является показанием для выключения ДПК из пассажа пищи, и требует выполнения резекции желудка по Бильрот-II с поперечным анастомозом или Ру, что определяется стадией ХНДП.

3. При ХНДП в стадии IA их коррекции не требуется, при ХНДП в стадиях IB, IIA и IIB при отсутствии трудной ДК в зависимости от причины нарушений показано рассечение связки Трейтца или варианты дуоденоюностомии (ДЕС).

4. Варианты ДЕС показаны во всех случаях ХНДП, вызванных органической артериомезентеральной компрессией ДПК.

5. Резекция желудка по Ру показана при ХНДП в стадии IIB при трудной ДК, а также при ХНДП в стадии III и во всех случаях должна дополняться рассечением связки Трейтца.

6. Резекция желудка с полным унесением язвы (радикальный тип) показана при 1-й и 2-й категории сложности мобилизации начального отдела ДПК, либо при неглубоких пенетрирующих язвах верхнебульбарного ее отдела. Экстерриторизирующий тип резекции желудка показан при глубоких пенетрирующих язвах верхнебульбарного отдела ДПК, а также во всех случаях пенетрирующих язв ее нижнебульбарного и постбульбарного отделов.

7. Резекция желудка на выключение язвы оправдана только при постбульбарных пенетрирующих язвах, когда их удаление или экстерриторизация сопровождаются высоким риском травматизации близлежащих органов. При этом предпочтение следует отдавать подпривратниковому варианту резекции желудка на выключение язвы с аппаратной обработкой ДК.

8. Закрытые способы обработки ДК показаны при язвах луковицы ДПК 1-й и 2-й категорий сложности мобилизации и при пенетрирующих верхнебульбарных язвах с возможностью мобилизации стенки кишки ниже зоны пенетрации без вскрытия язвенной ниши. При этом предпочтение следует отдавать аппаратным способам обработки.

9. Открытые способы обработки ДК показаны при глубоких пенетрирующих язвах верхнебульбар-

ного отдела ДПК и в большинстве случаев пенетрирующих язв ее нижебульбарного и постбульбарного отделов. При этом предпочтение следует отдавать способам строго послойного ушивания стенок кишки и пластическим.

Результаты. Ранние послеоперационные осложнения в 1-й группе составили 22(19,6%) случая, во 2-й – 39(39,8%) ($p<0,05$). Среди них перитонит отмечен у 3(2,7%) пациентов основной и 7(7,1%) пациентов группы сравнения. При этом у 5 из 7 пациентов группы сравнения причиной перитонита была недостаточность швов ДК. Острый панкреатит в послеоперационном периоде наблюдался у 1(0,9%) пациента основной и у 2(2%) пациентов группы сравнения. Послеоперационная летальность в основной группе составила 4 случая (3,6%), в группе сравнения – 13 случаев (13,3%) ($p<0,05$). Изучение качества жизни больных с помощью опросника GIQLI в сроки от 1 года до 8 лет после операции показало достоверно более высокий уровень качества жизни пациентов основной группы.

Заключение. Таким образом, предложенный алгоритм индивидуализированной хирургической тактики при резекции желудка у ургентных больных с сочетанными осложнениями ПДЯ дает достоверно лучшие непосредственные и отдаленные результаты, что позволяет рекомендовать его для применения в широкую хирургическую практику.