

ЭКОНОМНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Абдуллажанов Б.Р.,
Отакузиев А.З., Усмонов У.Д.

УДК: 616.342-002.4:616.33-089.87.819.843

Андижанский Государственный медицинский институт, Узбекистан
Кафедра хирургических болезней 6–7 курсов

Резюме

Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты различных методов операций в плановой хирургии дуоденальных язв. Показаны неблагоприятные исходы классической резекции и различных вариантов ваготомии с дренирующими желудок операциями. Сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов иссечения малого сальника с антрумрезекцией и гастродуоденоанастомозом (у 2316 больных) с использованием однорядного шелкового шва способствовало снижению послеоперационной летальности (до 1,0%), рецидива язвы (1,4%), анастомозитов и гастроплегии (2,1%) и повышению количества отличных и хороших результатов (более 90% наблюдений).

Ключевые слова: дуоденальная язва, гастродуоденоанастомоз, антрумрезекция.

ECONOMICAL RESECTION STOMACH WITH FORMATION OF GASTRODUODENAL ANASTOMOSIS IN SURGERY OF DUODENAL ULCER

Nazirov F.G., Nishanov M.F., Abdullajonov B.R., Otakuziev A.Z., Usmonov U.D.

Analyzed the immediate and late results of different methods of operations in the planned surgery of duodenal ulcers. Showing adverse outcomes of classical resection and vagotomy with different options draining stomach operations. Comparative analysis of immediate and late results of excision of the lesser omentum with antrumresection and formation of gastroduodenal anastomosis (in 2316 patients) using a silk single-row suture contributed to the reduction of postoperative mortality (1,0%), recurrence of ulcers (1,4%), anastomosis and gastroplegia (2,1%) and increase number of excellent and good results (more than 90% of cases).

Keywords: duodenal ulcer, antrumresection, gastroduodenal anastomosis.

Актуальность проблемы. В настоящее время необходимость оперативного лечения осложненных форм, которые составляют около 30% от общего количества страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) сомнений не вызывает. При этом оперативное вмешательство должна быть направлена на радикальное излечение от язвенной болезни (ЯБ), что достигается удалением язвы как источника осложнения, снижением агрессивных факторов желудочного сока (соляная кислота, пепсин, гастрин, хеликобактери пилорис) и восстановлением моторно-эвакуаторной функции желудка (выбор наиболее оптимального варианта желудочно-кишечного анастомоза) [1, 3, 4, 5].

Целью нашего исследования явилось проведение ретроспективного и проспективного анализа результатов различных методов операций, обосновать целесообразность иссечения малого сальника с антрумрезекцией и формированием гастродуоденоанастомоза (ГДА) в плановой хирургии ЯБДПК.

Материалы и методы исследования

Нами исследована распространенность ЯБ среди населения Ферганской долины, что составило 131,3 на 100000 к которой относится 3 области (Республика Узбекистан) – Андижанская, Ферганская и Наманганская – с общей численностью 10 млн человек. В 98,5% случаев установлена дуоденальная локализация язв [6]. Заболеваемость ЯБ в этих регионах несколько раз меньше, по сравнению с Европейскими странами, где заболеваемость раком встречается больше.

Наша клиника занимается проблемой ЯБДПК с 1959 года. За этот промежуток времени подходы к выбору методов оперативного вмешательства периодически менялись. Этим обусловлено выделение 3 условных периодов.

Первый. 1959–1975 годы – период «классической» резекции желудка с преимущественным формированием ГДА [2, 8]. Второй. 1976–1989 годы – период «ваготомий» (от стволовой до расширенной селективной проксимальной ваготомии) с дренирующими желудок операциями [6, 7]. Третий. 1990–2009 годы – период иссечения малого сальника с антрумрезекцией и формированием ГДА.

За первый период оперированы 1878 больных ЯБДПК, с летальностью до 4%. Пострезекционные синдромы установлены у 15% оперированных, а рецидив язвы у 4%.

За второй период оперированы 1247 больных. Рецидивы язв составили 8,4%, гастроплегии – 2,3%, другие постваготомические синдромы – 5,7%, с летальностью 1,3%. Неудовлетворенность результатами привела к отказу от ваготомий в пользу иссечения малого сальника с антрумрезекцией и формированием ГДА.

За третий период в нашей клинике внедрено и широко применяется иссечение малого сальника с антрумрезекцией (у 2782 пациентов). При этом формирование ГДА в различных модификациях произведено у 2316 больных, что составило около 80% наблюдений от всех перенесших операции на желудке. Анастомоз накладывается с использованием однорядного шва.

В процессе обследования больным проводилось объемное клиническое исследование, клинические и биохимические анализы крови и мочи, исследование желудочной секреции (БПК, МПК, рН-метрия, кислые и щелочные компоненты желудочного сока, пепсин), моторно-эвакуаторной функции желудка (с помощью рентгеноскопии НЭГГ, НРГГ), а также исследование функционального состояния физиологической кардии до и после различных операций с использованием рентгенологических, эндоскопических и ионоанометрических методик.

К настоящему моменту достаточно большой опыт применения иссечения малого сальника с антрумрезекцией и формированием различных вариантов ГДА позволяет несколько упростить выполнение некоторых этапов операции и, в то же время, предложить ряд приемов, облегчающих проведение вмешательства. После верхне-срединной лапаротомии проводится тщательная ревизия желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК), определяется локализация язвы и характер осложнений, а также анатомические изменения в пилородуоденальной области, возникшие в результате язвенно-рубцового и воспалительного процесса.

Почти во всех случаях мобилизуется ДПК по Кохеру и по возможности язвенный инфильтрат. Желудок и большой сальник поднимается кверху, рассечение имеющихся спаек в области дуоденоюанального перехода. Желудок приподнимается кверху и вправо, большой сальник и поперечно-ободочная кишка вниз. Начиная от синуса по направлению начального отдела ДПК пересекаются ветви правой желудочно-сальниковой артерии непосредственно у стенки желудка и лигируются. Желудок откидывается кверху и впереди, рассекаются имеющиеся задние сращения между желудком и поджелудочной железой. Вводится ограничивающая поджелудочную железу и большой сальник марлевая салфетка.

Следующий этап – иссечение малого сальника. Для этого производится тракция желудка вниз. Образуется окно на бессосудистом участке малого сальника. Последний отодвигается вправо. Начиная с угла желудка до кардии между зажимами пересекаются и перевязываются сосуды и ветви переднего ствола вагуса, непосредственно у стенки желудка. Не доходя (2–3 см) до пищевода, малый сальник пересекается в поперечном направлении. Производится мобилизация малого сальника по задней стенке от кардии до угла желудка в дистальном направлении. Малая кривизна желудка перитонизируется узловыми шелковыми швами (8–9 швов). Следующим этапом является антрумрезекция. Для этого малая кривизна у угла желудка и большая кривизна у синуса берется на держалку. На уходящую часть желудка накладываются 2 жома Бильрот. Начиная с угла резецируется передняя и задняя стенка желудка на расстоянии от 2 до 4 см, в зависимости от его размера. Дефект на стенке желудка ушивается однорядным шелковым швом. Затем рассекается передняя и задняя серозная оболочка желудка над жомом на 1 см в поперечном направлении. Производится прошивание

мышечного и подслизистого слоев в поперечном направлении узловыми швами с лигированием сосудов, и гофрированием культи желудка. Желудок резецируется отступая от линии швов на 4–5 мм. Культи желудка ограничивается салфеткой и фиксируется кверху. Резецированная дистальная часть желудка приподнимается кверху и между зажимами пересекаются и лигируются правые желудочные сосуды. Накладываются серозно-мышечно-подслизистые однорядные швы между задней стенкой культи желудка и начальным отделом ДПК (5–6 швов). Отступая на 5–6 мм от линии швов рассекается задняя стенка ДПК. Вводя указательный палец левой рукой в просвет ДПК хирург ориентируется в локализации язвы, область сужения и пересекаются передняя стенка кишки по нижнему краю язвы. Антральный отдел желудка и луковица ДПК удаляется вместе с язвой. Гемостаз сосудов на передней стенке и ревизия задней губы анастомоза. В просвет ДПК вводится дистальная часть дренажной трубки длиной до 12–15 см с боковыми микроотверстиями. Проксимальный конец дренажной трубки фиксируется к желудочному зонду, заранее введенный в желудок. Желудочный зонд извлекается, проксимальный конец дренажной трубки фиксируется к крыльям носа. Указанные приемы позволяют контролировать положения зонда (4–5 см зонда с микроотверстиями в культе желудка и 10–15 см в просвете ДПК) и случайного удаления зонда самим больным. Так как назогастроуденоанальный зонд выполняет не только декомпрессию области гастродуоденоанастомоза, но и позволяет начать энтеральное питание, начиная с 3 суток после операции.

Следующий этап – завершение наложения ГДА. Для этого, начиная со стороны большой кривизны культи желудка и стенки ДПК накладываем «П» образные швы, затем последовательно серозно-мышечно-подслизистые узловые швы. Последний шов накладывается также «П» образно на малой кривизне (всего 8–10 швов). Необходимо подчеркнуть, что узлы наложенных швов лежали на стенке культи желудка не только на передней, но и на задней губе анастомоза. Контроль проходимости, герметичности ГДА и гемостаза. Это достигается путем промывания желудка и ДПК раствором фурацилина. Оператор контролирует область анастомоза и цвет промывной жидкости. Туалет брюшной полости. Подпеченочное пространство дренируется, дренажными трубками так чтобы дистальный конец дренажа через Винслово отверстие находился у малой кривизны культи желудка.

ГДА «конец в конец» по Габереру наложен у 1838 больных. При пенетрирующих язвах задней стенки луковицы в поджелудочной железу, печеночно-двенадцатиперстную связку, а также при деформации луковицы ДПК в виде «шнура», антральный отдел иссекается от ДПК. Культи ДПК ушивается однорядным швом. Накладывается ГДА «конец в бок» в поперечном направлении на передней стенке ДПК (выполнена у 126 пациентов – 5,4%), по Габерер-Финнею (у 452 пациентов – 19,0%). Ширина соустья должна быть не менее 2,5 – 3,0 см.

Результаты исследования и их обсуждение. Послеоперационный период у больных, перенесших иссечение малого сальника с антрумрезекцией и ГДА, протекает в большинстве случаев обычно. Больные в достаточной мере активны уже на второй день послеоперационного периода. Производится водно-масляная очистительная клизма, опорожняется кишечник. Разрешается дробное употребление жидкой пищи (бульон, чай, минеральная вода). Как правило, диспептических явлений не отмечается, каких-либо существенных нарушений в деятельности кишечника не наблюдается. На третий день рацион дополняется кашей, яйцами всмятку, сметаной, сухарями. На 6 день изучается моторно-эвакуаторная функция желудка рентгенологически с использованием сульфата бария. Тонус стенки желудка у оперированных больных оставался в пределах нормы, а эвакуация из желудка порционно – ритмичная. Назогастроудуоденальный зонд извлекается, подпеченочный дренаж удаляется. С 7 дня больной переводится на питание, предусмотренное диетой № 1. Швы с раны снимаются, и больной выписывается из стационара.

Исследование кислотности желудочного сока у больных с дуоденальной язвой в различные сроки (от 6 месяца до 10 лет) после иссечения малого сальника с антрумрезекцией и гастродуоденоанастомозом, установило, что БПК снизилась с $15,1 \pm 1,4$ ммоль/ч (до операции) до $2,4 \pm 0,3$ ммоль/ч (на 84%), а МПК с $30,1 \pm 1,16$ ммоль/ч до $6,8 \pm 1,4$ ммоль/ч (на 77,5%). При наблюдении за оперированными больными в период от 1 года до 10 лет после иссечения малого сальника с антрумрезекцией и ГДА было установлено, что кислотность желудочного сока у них с увеличением времени после операции заметно не менялась. Высокие показатели кислотности у коренных жителей Ферганской долины связаны с частым употреблением острой и высококалорийной пищи в вечернее время суток. Поэтому, в этом регионе преимущественная локализация язв в ДПК. Продолжительность язвенного анамнеза колебалась от одного года до 20 лет, причем у большинства пациентов он составляет 5–10 лет. Наиболее часто из осложнений ЯБДПК, отмечались кровотечения, перфорации язвы, пилородуоденальный стеноз той или иной степени выраженности (69,38%). Из 2316 оперированных летальный исход имел место у 21 больного, т.е. послеоперационная летальность составила до 1%.

Контрольное обследование больных, перенесших иссечение малого сальника с антрумрезекцией и ГДА, проводилось через 1, 3, 6, 12 месяцев и до 10 лет амбулаторно по специально составленным анкетным данным. Нарушения эвакуаторной функции желудка и ДПК, связанные с анастомозитом и гастроплегией, выявлены у 2,1% пациентов, а рецидив язв – 1,4% больных. В значительном количестве наблюдений консервативное лечение у этих больных приводило к восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудка и к быстрому прекращению болевого синдрома и рубцевания язвы. Средней и тяжелой степени тяжести демпинг синдром

практически отсутствовал.

Отличные и хорошие результаты оценивались по критериям Vizik с некоторыми дополнениями. После операции иссечения малого сальника с антрумрезекцией и ГДА получены отличные и хорошие результаты в более 90% наблюдений. Частота развития патологических синдромов и их выраженность были значительно меньше, чем после классической резекцией желудка и различных вариантов ваготомии с дренирующими желудок операциями или без них.

Выводы

1. ЯБДПК относится к распространенным заболеваниям населения Ферганской долины и характеризуется преимущественной локализацией язвенного процесса в пилородуоденальной области.
2. Существенное снижение различных осложнений во время операции и в послеоперационном периоде, а также летальности, преимущественно отличные и хорошие результаты в отдаленные сроки позволяют рассматривать иссечение малого сальника с антрумрезекцией и ГДА с использованием однорядного шва, как наиболее обоснованный метод хирургического лечения ЯБДПК.

Литература

1. Бойко В.В. Противоязвенное лечение в хирургии // Здоровье Украины, 2009, С. 16–18.
2. Ботиров А.К. Возрастные особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и выбор метода операции // Автореф. дисс. док. мед. наук. Ташкент, 1999. 39 с.
3. Ибадов И.Ю. Формирование межкишечных анастомозов методом инвагинации // Автореф. дисс. ... док. мед. наук. Москва, 1969. 39 с.
4. Кузин М.И. Хирургические болезни. Москва, Медицина. 2005, 638 с.
5. Курыгин А.А. Лечение язв двенадцатиперстной кишки ваготомией в сочетании пилоропластикой // Автореф. дисс. ... док. мед. наук. Ленинград, 1977, 39 с.
6. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. СПб, Гиппократ. 2000, 360 с.
7. Нишанов Ф.Н. Органосохраняющие операции при язвенной болезни, осложненной пилородуоденальным стенозом // Автореф. дисс. ... док. мед. наук. Харьков, 1986, 48 с.
8. Нурмухамедов Р.М., Яругский Е.Е., Файзуллаев Х.Ф. Хирургическое лечение язвенной болезни у пожилых. - Ташкент, Медицина. – 1978, 162 с.
9. Ясногородский А.Я. К методике резекции желудка по Бильрот I при язвенной болезни. Ташкент, - Медицина. 1973, 116 с.
10. Харченко Н.В., Степанов Ю.М. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

тел. моб.: +998(93) 910-00-34
e-mail: muradmed@inbox.ru