
Н.В. СЫЧИКОВ**К ВОПРОСУ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА**

УЗ «Могилёвская городская больница №1»,
Республика Беларусь

Резекция желудка в различных вариантах и в настоящее время широко применяется при различной гастродуоденальной патологии. У многих пациентов в последующем развиваются патологические послеоперационные синдромы.

В статье описывается наш опыт индивидуально-дифференцированного подхода к выбору метода операции, показания к тому или иному варианту резекции в зависимости от клиники, результатов обследования. При гастродуоденальной язве выделяется группа больных с прогнозом неблагоприятного «злокачественного» течения. Представлена методика раннего выявления этих больных для того, чтобы оперировать их до развития осложнений, периязвенных рубцово-инфильтративных процессов, поражения соседних органов. Обращается внимание на важность соответствующей предоперационной подготовки при большой обсеменённости *Helicobacter pylori*, выраженном гастрите. При выявлении сопутствующих хиатальных грыж, желчнокаменной болезни выполняется обязательная хирургическая коррекция и этой патологии. Для улучшения результатов резекции по Вилроth-II (В-II) предлагается разработанный и применяемый с 1986 года способ резекции с гастроэнтероанастомозом (ГЭА) на клапан-шпоре (К-Ш). Этот метод применен при хронических гастродуоденальных язвах, дистальных желудочных опухолях. Выполнено около 300 операций (гемирезекция, резекция 2/3 и субтотальная резекция желудка, антрумэктомия с селективной ваготомией) с ГЭА на К-Ш.

Обследования оперированных пациентов в отдаленном периоде свидетельствуют, что данная тактика ведения больных, формирование ГЭА на К-Ш и при обширных, и при экономных резекциях желудка с ваготомиями снижает частоту и тяжесть пострезекционных патологических синдромов, повышает устойчивость зоны анастомоза к развитию язвенно-деструктивных процессов и на фоне сохранения кислото-протеазной функции желудка.

Ключевые слова: желудок, резекция, прогнозирование, антрумэктомия, клапан-шпора, селективная ваготомия.

At present the stomach resection in its various forms is widely applied in various gastroduodenal pathologies. Many patients later develop pathological post-operative syndromes.

Our own experience of the individual-differential approach to the choice of a surgical technique is described in the article as well as indications for this or that resection variant depending on the clinical picture and results of the examination. In case of gastroduodenal ulcer, the group of patients is singled out in whom unfavorable malignant course of disease is prognosticated. The method of early detection of such patients permits to operate on them before the complications, periulcerous cicatricial-infiltrative processes, lesions of neighboring organs occur. The attention is paid to the importance of appropriate preoperative preparation at huge dissemination of *Helicobacter pylori*, marked gastritis. Obligatory surgical correction is carried out in case of revelation of accompanying hernias, cholelithiasis. To improve the resection results according to Bilroth-II (B-II), the resection method, worked out and used since 1986, with gastroenteroanastomosis, on the spur valve is suggested. This method can be used in case of chronic gastro-duodenal ulcers, distal stomach tumors. About 300 surgeries were performed (hemiresection, 2/3 resection, subtotal resection of the stomach, antrumectomy with selective vagotomy) with gastroenteroanastomosis on the spur valve.

Examinations of the operated patients in the distant period testify that the given tactics of the

patients' treatment, gastroenteroanastomosis on the spur valve formation in case of vast and thrifty stomach resections with vagotomies decreases the frequency and acuteness of the post-operative pathological syndromes, increases the stability of anastomosis zone to the development of ulcerous-destructive processes and as the background of acidic-protease function of the stomach preserving.

Keywords: stomach, resection, prognosis, antrumectomy, spur valve, selective vagotomy.

Резекция желудка в показанных случаях и в настоящее время широко применяется при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК), раке, полипозе, а также при другой, реже встречающейся патологии. Результаты операции, качество жизни пациентов после операции во многом зависят от правильности выбранного варианта резекции, качества её выполнения и от своевременности операции. Широко распространенное в нашем обществе мнение, что при хронической гастродуоденальной язве в отличие от онкопатологии «на операцию никогда не поздно» глубоко ошибочно. В результате позднего обращения при операции мы часто видим уже далеко зашедший язвенно-деструктивный процесс, его переход и на соседние органы, рубцово-инфильтративные процессы в параязвенной зоне (присоединившийся параязвенный синдром), что ухудшает результаты операций.

Благодаря успехам хирургической гастроэнтерологии, анестезиологии, снижению послеоперационной летальности, особенно в плановой хирургии, существовавшее ранее мнение, что хирургическому лечению должна подвергаться только осложненная язвенная болезнь (т.е. «дошедшая» до грани смертельного исхода), в настоящее время устарело. Современная концепция состоит в том, что хирургическая коррекция должна предупреждать осложнения язвенной болезни, а не следовать за ними. И в этом плане очень важное место занимают вопросы прогнозирования течения болезни, т.е. выявление среди «неосложнённых язв» тех, у которых будет прогностически неблагоприятное, «злокачественное» течение. Как известно, часть больных с гастродуоденальными язвами слабо реа-

гируют на современное антисекреторное медикаментозное лечение. Они составляют основную группу, в которой возникают осложнённые формы, нередко ведущие к смерти. Поэтому эта группа нуждается в ранних плановых операциях – до развития осложнений. К тому же оперирование ещё не осложнённых хронических гастродуоденальных язв даёт значительно лучшие послеоперационные результаты, уменьшает количество осложнений, летальность по сравнению с группой осложнённой язвы, когда язвенно-деструктивный процесс поражает уже и соседние органы. К сожалению, отдалённые функциональные результаты резекций желудка и при плановых операциях далеко не всегда удовлетворительны [1, 3]. Особенно проблемной в плане возможности получить удовлетворительное качество жизни после перенесённой операции является группа больных, у которых хроническая гастродуоденальная язва сочетается с органической или выраженной функциональной несостоятельностью ДПК, вовлечением органов панкреатобилиарной зоны и дуоденоюнального перехода со связкой Treitz. Это, как правило, имеет место при хронических осложнённых язвах с длительным анамнезом, у «заслуженных язвенников». У них после органосохраняющих операций и методик В-І отдалённые результаты ещё хуже, чем после классической обширной резекции желудка по Hofmeister-Finsterer (H-F) с её довольно частыми послеоперационными патологическими синдромами [1]. Эти синдромы обуславливаются, во-первых, потерей важных многогранных желудочных функций (и чем большая часть желудка удаляется, тем в большей степени страдают, «теряются», эти функции, и тем меньше

шансов, что они со временем восстановятся). Во-вторых, эти патологические синдромы развиваются после резекций по методикам В-II вследствие возникающих у оперированных забросов из желудка в приводящую кишку, избыточного внутрижелудочного рефлюкса, нарушения физиологической регуляции функций, трофики эзофагогастроудоденальной и панкреатобилиарной систем. С 1986 г. для улучшения отдаленных результатов резекции желудка по В-II при резекциях 2/3 и субтотальной мы стали применять ГЭА на К-Ш [6], а с 1996 г., убедившись в хороших результатах операции, применили при хронической гастродуоденальной язве более «органосберегающие» резекции – антрумэктомию с селективной ваготомией (СВ). При этом СВ делаем не в радикальном, а в «щадящем» варианте, взяв за основу упрощенную методику Н. Burge [8].

Материал и методы

К настоящему времени в областной, отделенческой больницах г. Могилева и при выездах по санавиации в районы при гастродуоденальных язвах, дистальных желудочных опухолях выполнено около 300 резекций желудка с ГЭА на К-Ш. При плановых операциях по поводу язв с учётом накопленного опыта, данных литературы [4, 5] показания к операции ставим с учётом прогнозирования течения болезни. При этом учитываем клинику и результаты обследования больного: результаты эндоскопии, оценку моторно-эвакуаторной функции гастродуоденальной зоны, характер секреторной функции желудка, уточнение отклонений и их характера со стороны панкреатобилиарной зоны. К признакам неблагоприятного прогноза мы относим следующее:

по результатам, полученным при эндоскопическом обследовании:

- во-первых, язва больше 1 см в области сфинктеров – бульбодуоденального, при-

вратника (при обострениях у этих больных обычно появляются и признаки стенозирования);

- во-вторых, глубина язвенного кратера 4–5 мм и больше (даже, если язва маленькая);

- в-третьих, имеются признаки рубцового стенозирования (т.е. и после курса противовоспалительной терапии оно и клинически и эндоскопически остаётся);

- в-четвёртых, множественные хронические язвы (2 и больше) в желудке и ДПК;

- в-пятых, мигрирующие хронические язвы;

- в-шестых, дисплазия II–III ст. из края язвы;

по характеру секреторной функции:

- во-первых, стойкое (и ночью) интенсивное непрерывное кислотообразование, что в клинике проявляется болью, изжогой даже после сна, по утрам;

- во-вторых, атропинрезистентный тип язвенной болезни с декомпенсацией ощелачивающей функции антрума (щелочное время – меньше 6 мин);

по характеру моторно-эвакуаторной функции:

- во-первых, антральный стаз, гастральная атония (взвесь сульфата бария остаётся в желудке больше 6 часов) с отрицательным церукаловым тестом;

- во-вторых, выраженный дуодено-гастральный рефлюкс (ДГР), когда концентрация желчных кислот в желудочном соке больше 0,6 мг/мл.

Также к этой группе неблагоприятного прогноза мы относим больных с некупируемым болевым и диспепсическим синдромом на фоне современной антисекреторной и антихеликобактерной терапии, вовлечением органов панкреатобилиарной зоны и хроническим нарушением дуоденальной проходимости (ХНДП), когда при обследовании выявляется гипокинетическая дискинезия ДПК (при эндоскопии – зияние привратника, его диаметр больше 1 см, рефлюкс желчи, в ДПК – старая желчь, остатки пищи, сглаженность буль-

бодуоденального перехода – перехода продольных складок в поперечные).

В плане выбора варианта операции при язвенной болезни придерживаемся индивидуально-дифференцированного подхода. Предпочтение методикам В-II мы отдаем у пациентов, у которых последняя сочетается с органической или значительной функциональной несостоятельностью ДПК, вовлечением органов панкреатобилиарной зоны и дуоденооеюнального перехода со связкой Treitz. Признаки вовлечения в патологический процесс дуоденопанкреатобилиарной зоны можно условно разделить на менее и более значимые, и, соответственно, признаки для выбора варианта операции: менее и более значимые.

К менее значимым относим следующее:

1. Имеющиеся указания в анамнезе на неоднократно перенесенные холециститы, панкреатиты, желтухи (возможно, они были из-за имеющейся патологии большого дуоденального сосочка (БДС), парафатериальных дивертикулов, ведь на настоящем уровне диагностики установить или исключить это достоверно бывает довольно трудно);

2. Устанавливаемые при эндоскопическом обследовании (ФГДС) признаки атрофического гастрита, патологического ДГР – зияние пилорического жома, наличие желчи в желудке; признаки патологии БДС, полипы и скопления желчи в ДПК, что говорит о большой вероятности наличия дуоденостаза;

3. Определяемые при УЗИ изменения со стороны поджелудочной железы (изменения эхогенности, увеличение железы), признаки хронического холецистита, гепатита, дискинезии желчевыведительных путей, устанавливаемые аэробилия, расширение желчных путей;

4. Полученные данные о нарушении моторики желчевыведительных путей при динамической билиосцинтиграфии, данные за дискинезию ДПК при рентгеноскопии желудка.

К более значимым признакам относим:

1. Наличие в биопсийном материале (взятом при ФГДС) картины хронического атрофического гастрита с признаками энтеролизации (кишечная метаплазия, пролиферация);

2. Установленные при ФГДС дивертикулы ДПК – в папиллярной зоне или дистальнее;

3. При пероральной рентгеноскопии желудка с бариевой взвесью: а) признаки наличия дивертикула ДПК в парафатериальной зоне или дистальнее, б) данные за суб- или декомпенсированный гастростаз на фоне отсутствия (при ФГДС) органического препятствия прохождению в желудке и ДПК, в) признаки ХНДП;

4. При УЗИ – данные за дуоденостаз: эктазированной ДПК с застойным содержанием; увеличенный, переполненный желчью, «застойный» желчный пузырь;

5. Определяемый при гепатобилиарной сцинтиграфии ДГР;

6. Неоднократные в ходе обследования повышения амилазы в крови и моче;

7. При интраоперационной ревизии: а) данные за дуоденостаз (увеличенный, переполненный желчью желчный пузырь, расширенное пилорическое кольцо в сочетании с эктазией желудка, расширенная ДПК – нижнегоризонтальная ветвь её до 4 см и больше); б) признаки выраженного перидуоденита (спаечный и рубцово-инфильтративный процесс перидуоденально, значительные деформации стенки ДПК); в) признаки панкреатита (изменение размеров железы, её уплотнение), хронического холецистита или дискинезии желчного пузыря (спаечный процесс в зоне пузыря, его деформация, увеличение больше 10x5 см); д) признаки наличия дивертикула ДПК, который невозможно включить в зону резекции; е) выраженный спаечный или рубцово-инфильтративный процесс в зоне дуоденооеюнального перехода, корня брыжейки мезоколон или другие признаки хронического трейтцита

(обычно как результат острой или рецидивирующей панкреатобилиарной патологии).

При наличии хотя бы одного значимого или при сочетании нескольких незначимых признаков вовлечения в процесс дуоденопанкреатобилиарной зоны от органосохраняющих и резецирующих методик по В-I отказываемся в пользу методики В-II. При клинически латентно, бессимптомно протекающих формах язвенной болезни, которые впервые проявились такими осложнениями, как кровотечение, перфорация, признаки стеноза, предпочтение отдаем органосохраняющим и резецирующим методикам по В-I. Эти методики также предпочитаем при недлительном язвенном анамнезе. Методике резекции по Roux отдавали предпочтение только при обширных – субтотальных и предельно субтотальных резекциях, в случаях уверенного исключения угрозы развития пострезекционного Рустаза синдрома, пептической язвы ГЭА. Последняя, как известно, нередко развивается после этой методики и даже при невысокой кислото-протеазной агрессии культи желудка. Если при резекции по Н-Ф пептические язвы развиваются при концентрации соляной кислоты культи желудка около 26 ммоль/л и выше, то при резекции по Roux уже при 10,7 ммоль/л [3].

Из 300 резекций желудка с ГЭА на К-Ш при хронической гастродуоденальной язве выполнено 244 операции. Из них у 107 пациентов резекция 2/3 желудка, у 1 – субтотальная резекция, у 53 – гемиррезекция желудка с высоким иссечением малой кривизны, у 73 – антрумэктомия с селективной ваготомией. Способ резекции желудка с К-Ш и антрумэктомии с СВ и ГЭА на К-Ш описаны ранее [6, 7]. Перед операцией при выраженном гастрите или большой периязвенной обсемененности *Helicobacter pylori* больным в течение недели проводили соответствующую предоперационную

подготовку. При выявлении сопутствующей желчнокаменной болезни корректировали и её, хиатальные грыжи устраняли обычно операцией Петровского-Каншина. Для профилактики внутренних лигатурных свищей в области ГЭА последний формировали рассасывающимися нитями (обычно дексоном или викрилом 3/0). Обращаем внимание на важность адекватного обезболивания после операции. Промедол назначали в течение 4–5 суток (не меньше), учитывая, что он играет наиболее положительную роль на 3–4-е сутки после операции, когда резко активизируется кислото-протеолитическая активность в желудке после перенесенной операционной агрессии, стресса.

Результаты и обсуждение

При анализе данных обследования оперированных с проведением специальных исследований установлено, что вышеизложенная тактика ведения больных, формирование ГЭА на К-Ш при резекциях сказывается положительно на результатах выполненных операций. В отдаленном периоде после резекции 2/3 желудка проведено обследование двух рандомизированных групп больных по 50 человек. Основная группа (30 пациентов с язвенной болезнью ДПК и 20 – язвенной болезнью желудка), в которой формировали ГЭА на К-Ш; контрольная группа (30 пациентов с язвенной болезнью ДПК и 20 – язвенной болезнью желудка), у них формировали ГЭА по Н-Ф. При этом установлено, что после формирования ГЭА на К-Ш более надежно предупреждается заброс желудочного и тощечного содержимого в приводящую кишку. Он был отмечен при рентгенологическом обследовании с провокационными нагрузками в основной группе у 30% оперированных: в 2% – массивный, в 8% – значительный, в 20% – незначительный. В контрольной группе заброс имел место у 60% оперированных, причем в 12% наблюдений

он был массивным, в 34% – значительным. Клиренс самоочищения приводящей кишки при забросе в неё контрастной взвеси коррелировал с массивностью заброса и в основной, и в контрольной группах; и при значительном забросе контрастное вещество задерживалось в приводящей кишке (т.е. в ДПК) более 30–40 мин. в половине наблюдений, при массивном – у всех оперированных. Как известно, у здоровых людей (без дуоденостаза) контрастное вещество в ДПК не задерживается более 20–30 секунд.

Сохранение резервуарной функции желудка с порционной эвакуацией через ГЭА в основной группе отмечено в 84%, в контрольной – в 68% наблюдений. При изучении слизистой культи желудка визуально при эндоскопии нормальное её состояние отмечено в основной группе в 10%, в контрольной – в 6% наблюдений, эрозивный гастрит – соответственно в 4 и 12%, эрозивный анастомозит, внутренние лигатурные свищи – в 4 и 14% наблюдений. При гистологическом исследовании биопсийного материала в основной группе превалировал поверхностный и преатрофический гастрит (25 и 35% соответственно), в контрольной – атрофический (45%), причем в 10% случаев была отмечена кишечная метаплазия.

Также в сроки 3–4 года после операций было проведено рандомизированное обследование двух рандомизированных групп больных после выполнения антрумэктомии с СВ по предложенной нами методике. У большинства этих пациентов в анамнезе имелись пилородуоденальные и дуоденальные язвы с высокой продукцией соляной кислоты. У большинства из них, как известно, и после резекции сохраняется кислотопротезная активность культи желудка с высоким уровнем секреции [2]. В 1-й группе (50 больных) формировали анастомоз на К-Ш, во 2-й (50 больных) – поперечный ГЭА (без К-Ш), после наложения которого фиксировали приводящую кишку двумя швами к задней

стенке желудка. При анкетировании оперированных клинические проявления гипогликемического и демпинг-синдрома в 1-й группе отмечены в 6%, во 2-й – в 14% наблюдений (слабость, потливость, сердцебиение, дрожь, неустойчивый стул, диарея после приема пищи). Часто повторяющиеся боли в животе, диспепсия, тяжесть в эпигастральной области в 1-й группе отмечены у 7 (14%) пациентов, во 2-й – у 15 (30%). У 1 (2,0%) больного 1-й группы образовалась пептическая язва ГЭА. Эта язва зажила на фоне короткого курса консервативного лечения и не рецидивировала. Во 2-й группе было 4 (7,8%) больных с пептической язвой ГЭА. У 1 из них язва зажила на фоне консервативного лечения, у 1 больного язва дважды рецидивировала после повторных курсов терапии, в 2 наблюдениях выполнены повторные операции в связи с кровотечением. Учитывая это и результаты эндоскопического и гистологического исследований слизистой культи желудка после обширной резекции (2/3), логично предположить, что формирование ГЭА на К-Ш повышает устойчивость зоны анастомоза к развитию язвенно-деструктивных процессов.

Выводы

1. Выявление среди больных с хронической гастродуоденальной язвой группы с неблагоприятным, «злокачественным» прогнозом течения болезни ещё до развития осложнений (а значит, и оперирование их до стадии осложнений) – один из путей улучшения результатов резекции желудка.

2. Индивидуально-дифференцированный подход выбора варианта операции ведёт к уменьшению пострезекционных нарушений и в отдалённом периоде, поэтому важно, чтобы оперирующий владел разнообразными методиками операций на эзофагогастродуоденальной зоне.

3. Формирование ГЭА на К-Ш при резек-

циях желудка (и при обширных, и при экто-
номных с ваготомией) улучшает результаты
операции, снижая частоту и тяжесть пато-
логических пострезекционных синдромов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сочетанные постгастрорезекционные синдромы / А. П. Михайлов [и др.] // Вестн. хир. – 2002. – № 1. – С. 23-28.
2. Наумов, В. Ф. Дуоденопилоропластика резецированным желудком при язвенной болезни. / В. Ф. Наумов, Г. В. Шпалинский, С. Р. Габдраулова // Хирургия. – 2000. – № 10. – С. 49-55.
3. Подолужный, В. И. Переваривающая активность химуса культи желудка при пострезекционных язвах / В. И. Подолужный, А. П. Фильков // Вестн. хир. – 1992. – № 4-5-6. – С. 284-288.
4. Барановский, А. А. Прогноз течения и возмож-

ности превентивной терапии язвенной болезни: науч. обзор / А. А. Барановский // Медицина и здравоохран.: обзор. информ. / НПО Союзмединформ. – М., 1991. – 73 с.

5. Рычагов, Г. П. Прогнозирование и профилактика некоторых послеоперационных осложнений в хирургии язвенной болезни: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г. П. Рычагов. – М., 1988. – 36 с.

6. Сычиков, Н. В. Результаты резекции желудка по методу Бильрот-II в нашей модификации: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Н. В. Сычиков. – Минск, 1994. – 20 с.

7. Сычиков, Н. В. Опыт применения гастроэнтероанастомоза на клапан-шпоре в хирургии язвенной болезни / Н. В. Сычиков // Хирургия. – 2005. – № 5. – С. 39-42.

8. Черноусов, А. Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: руководство для врачей / А. Ф. Черноусов, П. М. Богопольский, О. С. Курбанов. – М.: Медицина, 1996. – 256 с.

Поступила 29.10.2007 г.