

УДК 616.342-002.44-059-037

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТРУДНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.П. Власов, В.В. Сараев, О.Ю. Рубцов, С.В. Катков, Ю.П. Степанов, П.А. Власов,

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», г. Саранск

Власов Алексей Петрович – e-mail: vap.61@yandex.ru

При трудных язвах двенадцатиперстной кишки применен комплексный подход, включающий новые оперативные технологии и превентивное введение сукцинат содержащих инфузионных сред. Больным (104) осложненной язвой двенадцатиперстной кишки производилась резекция желудка по Бильрот-I с наложением гастродуоденоанастомоза по типу «конец в конец» с использованием новых технологий: мобилизация двенадцатиперстной кишки только до язвенного дефекта; использование однорядного эвертированного шва с широкой зоной адаптации подслизистой основы культи желудка и мышечной оболочки культи двенадцатиперстной кишки. С целью профилактики послеоперационного острого панкреатита вводились препараты, содержащие янтарную кислоту. Получены хорошие ранние и отдаленные результаты.

Ключевые слова: трудная язва, резекция желудка, эвертированный анастомоз.

At «difficult» ulcers of a duodenum the complex approach including new operative technologies and preventive introduction a succinate containing infusional mediums is applied. Sick (104) complicated the duodenum ulcer made a stomach resection on the Billroth-I with applying gastroduodenoanastomosis on type the extremity in the extremity with use of new technologies: duodenum mobilization only to ulcerative defect; use one-row evertival seam with a wide zone of adaptation under-mucous bases of a stump of a stomach and a muscular cover of a stump of a duodenum. For the purpose of preventive maintenance of a postoperative acute pancreatitis the preparations containing amber acid were entered. The good early and remote results are received.

Key words: «difficult» ulcer, stomach resection, evertiroval anastomosis.

Введение

Осложненная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки остается одним из грозных заболеваний со стороны органов пищеварительной системы [1]. Такому роду больных зачастую хирургическое лечение производят по абсолютным показаниям [2]. По существу в настоящее время происходит переориентация хирургии язвенной болезни в сторону ургентной хирургии язвенных осложнений [3]. В последнее время заметно возрос интерес к трудной язве двенадцатиперстной кишки, частота которой в практике

хирурга существенно возросла [4, 5]. Между тем до сих пор единой точки зрения на выбор метода оперативного лечения такого рода больных до настоящего времени нет [6, 7]. Техническую сложность операции при трудной язве двенадцатиперстной кишки определяет стремление хирурга удалить язву как анатомический субстрат [1, 8]. Имеются публикации об успешном использовании в условиях трудной язвы резекции желудка по Бильрот-I с формированием концевое-концевого гастродуоденоанастомоза. Число подобных сообщений невелико, поэтому решение проблемы выбора метода

операции в условиях трудной язвы двенадцатиперстной кишки нуждается в дальнейших технических разработках [3]. Немаловажное значение для хирургии имеет и вопрос профилактики послеоперационных осложнений, в частности острого панкреатита [4]. Этому кругу вопросов и посвящена настоящая работа.

Цель исследования: разработать комплексный подход в хирургическом лечении трудных язв двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы

Проведен анализ оперативного лечения трудных язв двенадцатиперстной кишки. Резекционный метод лечения использован у 213 больных. По поводу «трудной» язвы произведено 104 (48,8%) резекции желудка и двенадцатиперстной кишки. Возраст больных колебался от 26 до 81 года и составил $45,1 \pm 8,9$ года.

Во всех наблюдениях этой группы имела пенетрация язвы в головку поджелудочной железы и/или в другие органы, рубцовый перипроцесс. В большинстве случаев (59 больных, 56,7%) язва была гигантской, в 11 (10,6%) наблюдениях диагностированы «целующиеся» язвы, у 48 (46,2%) больных выявлено сочетание рубцово-язвенного стеноза луковицы двенадцатиперстной кишки или выходного отдела желудка с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы. В 11 (10,6%) случаях операция произведена по поводу низкой постбульбарной язвы, в том числе у 3 (2,8%) больных с вовлечением в язвенный процесс большого дуоденального сосочка. У 12 (11,5%) больных операции произведены после ушивания прободной язвы двенадцатиперстной кишки (рецидив язвы). В экстренном и срочном порядке в течение ближайших 2 суток с момента поступления произведено 24 (23,1%) операции, показанием к которым послужило язвенное кровотечение или перфорация.

Резекция желудка при трудных язвах сопровождалась техническими трудностями, вызванными рубцово-язвенным процессом и перифокальным воспалением тканей с нарушением топографо-анатомических взаимоотношений в зоне верхней горизонтальной части (луковичного отдела) двенадцатиперстной кишки.

При трудной язве с целью обеспечения профилактики несостоятельности швов в раннем послеоперационном периоде и низкой частоты постгастрорезекционных синдромов в отдаленном послеоперационном периоде операцией выбора является резекция желудка по Бильрот-I с использованием эвертированной технологии (изобретение) при формировании конце-концевого гастродуоденоанастомоза. Основным аргументом в пользу такого варианта формирования гастродуоденального анастомоза является отсутствие необходимости широкой мобилизации культи двенадцатиперстной кишки, которая требуется для ее обработки классическим двухрядным швом.

Выделим некоторые детали техники при самой сложной локализации язвы двенадцатиперстной кишки – на задней стенке, которая наблюдалась во всех представленных случаях.

Принципиальное значение для выполнения резекции желудка при таком варианте язвенной болезни имеет методика мобилизации луковичного отдела двенадцатиперстной кишки. Она сводится к выделению органа только до язвенного дефекта (изобретение). При выполнении этой задачи необходимо сначала произвести мобилизацию желудка по

большой и малой кривизне по общепринятой методике, затем закончить мобилизацию двенадцатиперстной кишки по ее панкреатическому краю до язвы. Отметим, что выделение луковицы двенадцатиперстной кишки вне зависимости от глубины и размера язвы производим только до язвенного локуса (при глубоких язвах, как правило, происходит его вскрытие). На этом уровне на орган накладываем два зажима Кохера с последующим его пересечением.

Мобилизация двенадцатиперстной кишки в таком объеме по сравнению с традиционной имеет ряд преимуществ.

Во-первых, не нарушается кровоснабжение двенадцатиперстной кишки, что является гарантией успешной репаративной регенерации соустья. При традиционной мобилизации двенадцатиперстной кишки по ее панкреатическому краю последовательно перевязывают короткие и длинные прямые артерии, отходящие от артериальных дуг, которые образованы поджелудочно-двенадцатиперстными артериями. При этом важно помнить, что пересечение иногда встречающихся атипично расположенных сосудов рассыпного типа может привести к нарушению кровоснабжения проксимальных отделов двенадцатиперстной кишки и стать причиной несостоятельности швов сформированного гастродуоденоанастомоза.

Во-вторых, снижается вероятность травмирования и пересечения внепеченочных желчных протоков и протоков поджелудочной железы. Действительно, трудным язвам двенадцатиперстной кишки, как правило, сопутствуют рубцово-язвенные деформации, перифокальные воспалительные процессы. Поэтому при мобилизации двенадцатиперстной кишки возникают трудности по определению структурно-топографических взаимоотношений органов этой области [5].

В-третьих, ятрогенное травмирование поджелудочной железы при такого рода операции минимально, что весьма значимо для профилактики послеоперационного панкреатита. Это обусловлено тем, что мобилизация двенадцатиперстной кишки по ее панкреатическому краю, как указано выше, производят только до язвенного дефекта. Опыт показывает, что мобилизация органа в таком объеме благодаря незначительному перипроцессу происходит без технических сложностей.

После мобилизации и пересечения двенадцатиперстной кишки на большую кривизну желудка дистальнее 0,5 см от линии предполагаемого анастомоза накладываем зажим Кохера на ширину, равную диаметру культи двенадцатиперстной кишки. Далее ход операции традиционен.

После резекции желудка и обработки культи органа по малой кривизне подготавливаем желудочную стенку для анастомоза. С этой целью накладываем мягкий жом на культю желудка, пересекаем стенку органа под зажимом Кохера, затем по всему периметру открытой культи желудка скальпелем удаляем слизистую оболочку (шириной 5 мм) с сохранением подслизистой основы. «Обнажение» подслизистой основы определено тем, что она обладает высочайшими репаративными способностями.

Переходим к обработке культи двенадцатиперстной кишки. Для этого рассекаем стенку органа под зажимом Кохера, останавливаем кровотечение из нее (оно, как правило, незначительное). Слизистую оболочку, которая излишне пролабирует в просвет двенадцатиперстной кишки, иссекаем ножницами (шириной 5 мм). Этим способом создается

площадка из мышечного слоя стенки двенадцатиперстной кишки, достаточная для ее адаптации с подслизистым слоем желудка в области предполагаемого соустья.

Далее формируем гастродуоденоанастомоз. Для этого при помощи мягкого зажима подтягиваем и сближаем культю желудка с культей двенадцатиперстной кишки (открытой) и накладываем однорядный узловый или непрерывный (предпочтительно) эвертированный шов по периметру культи органов. При низких, гигантских, глубоко пенетрирующих в головку поджелудочной железы язвах наложение швов в области язвенного локуса технически выполнить очень сложно. Поэтому в этих случаях в начале производим наложение всех швов в области язвы, а затем их последовательное завязывание.

Начинаем с фиксации задних полуокружностей культи желудка и двенадцатиперстной кишки. Вкол иглы делают на серозной оболочке желудка, отступая 5–6 мм от свободного края, выкол – на слизистой оболочке, отступая 1 мм от ее края (напомним, что подслизистая оболочка сохранена!). Далее в шов захватывают культю двенадцатиперстной кишки. Для этого вкол иглы производят со стороны слизистой оболочки, отступая 1 мм от ее свободного края, выкол проводят с расчетом на захват всей стенки органа, для чего следует учитывать ее толщину. Отметим, что при сшивании тканей в области язвенного дефекта в шов вместе со стенкой двенадцатиперстной кишки захватываем край язвы (рис.).

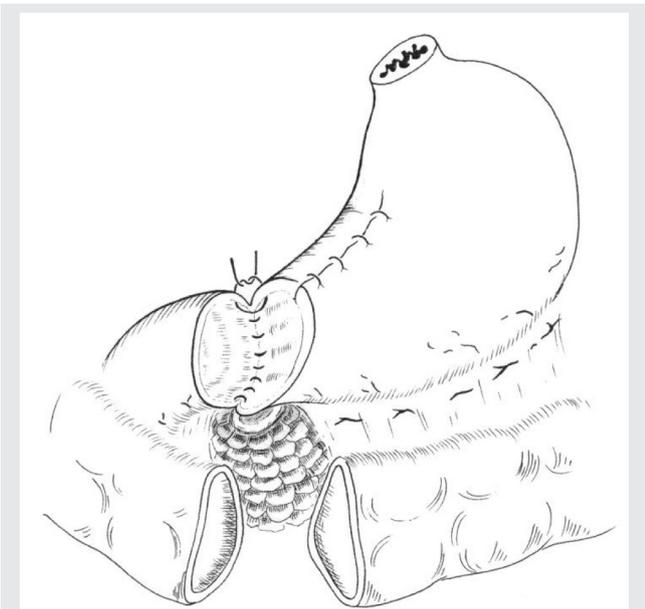


РИС.
Формирование гастродуоденоанастомоза. Наложение швов по задней полуокружности соустья.

После формирования по линии соустья задней стенки переходят к передней. Особенностью проведения шовного материала является то, что выкол иглы в области культи двенадцатиперстной кишки производят со стороны серозной оболочки, отступая 5–6 мм от края. Таким образом, по линии эвертированного анастомоза в основном адаптируются подслизистая основа культи желудка и мышечная оболочка культи двенадцатиперстной кишки.

В зависимости от топографо-анатомических ситуаций возможно формирование анастомоза по другому варианту:

в начале захватывается в шов стенка культи двенадцатиперстной кишки, а затем – стенка культи желудка.

Как указано выше, при данном способе резекции травмирование головки поджелудочной железы минимально. Однако следует помнить, что у этой категории больных имеется риск развития острого панкреатита. Это обусловлено тем, что у больных, во-первых, язва пенетрирующая, во-вторых, даже при щадящем отношении к тканям поджелудочной железы во время операции происходит ее травмирование. Поэтому с профилактической целью нами применена антиоксидантная/антигипоксанта́ная терапия. До операции, во время операции или сразу же после операции больным вводились сукцинатсодержащие инфузионные средства: реамберин (400,0), цитофлавин, ремаксол (400,0).

Результаты и их обсуждение

Клинические наблюдения позволяют дать положительную оценку эвертированной технологии формирования гастродуоденоанастомоза.

Анализ результатов лечения больных в раннем послеоперационном периоде показал, что несостоятельности швов соустья в группе больных с трудными язвами двенадцатиперстной кишки не зарегистрировано, летальности не было.

Интраоперационных осложнений, связанных с наложением гастродуоденоанастомоза эвертированным однорядным швом, не возникло. Соустье такой конструкции имело достаточную прочность, оно надежно, достаточно просто в техническом исполнении. Немаловажное преимущество эвертированной методики заключено еще и в том, что возможен качественный контроль гемостаза по линии швов, так как шовный валик доступен визуальному интраоперационному осмотру. Ориентация тканевого шовного валика в брюшную полость давала возможность адаптировать анастомозируемые отделы разных диаметров. Положительным является и то, что эти оперативные вмешательства не нуждаются в микрохирургической технике, а успех операции в меньшей степени зависит от опыта и квалификации хирурга. Кроме того, использование однорядного эвертированного шва позволяет шире производить резекции желудка по Бильрот-I, так как этот способ анастомозирования не нуждается в объемной мобилизации двенадцатиперстной кишки, которую выполнить технически не всегда представляется возможным.

Благодаря эвертированной ориентации шовного валика и полноценной адаптации слизистой оболочки по линии швов соустья даже в разгар воспалительной реакции резкого сужения анастомоза не возникает. Быстрая регрессия воспаления и ускоренная эпителизация раневого дефекта, установленные эндоскопически, выступали профилактическими факторами в предупреждении анастомозита. Заживление соустья протекало первичным натяжением. Быстро восстанавливалась моторно-эвакуаторная функция желудка.

При оценке отдаленных (до 15 лет) результатов у 69 (66,3%) больных с трудной язвой двенадцатиперстной кишки у 8 (11,5%) больных выявлен демпинг-синдром, преимущественно легкой степени (7 наблюдений), у 13 (20,3%) пациентов в отдаленном послеоперационном периоде наблюдали щелочной рефлюкс-гастрит, которые хорошо поддавались диетотерапии и назначением прокинети́ков. С течением времени у большинства оперированных функциональные нарушения сгладились или исчезали. В силу того, что при этом способе наблюдается быстрая (3–5

суток) эпителизация раны по линии швов и кровоснабжение тканей в зоне соустья страдает незначительно, пептических язв анастомоза не возникало. Рецидив пептической язвы (вне зоны соустья) диагностирован у 2 (2,8%) больных.

Отметим, что превентивное введение сукцинатсодержащих инфузионных средств, которое произведено нами в самых тяжелых случаях (37, 35,6%) больных), обуславливало благоприятное течение раннего послеоперационного периода. В этой группе нами не отмечено развития послеоперационного панкреатита. В контрольной группе клинико-лабораторные признаки острого панкреатита выявлены у 3 (4,3%) больных, что потребовало дополнительного консервативного лечения.

Заключение

Положительные результаты использования эвертированной технологии при формировании гастродуоденального соустья при трудных язвах двенадцатиперстной кишки позволяют придать новый импульс в развитие резекционной хирургии этого отдела желудочно-кишечного тракта. Применение эвертированного анастомоза позволяет расширить показания к резекции желудка по способу Бильрот-I, резко уменьшить вероятность возникновения послеоперационных осложнений, в том числе несостоятельности швов, кровотечения, анастомозита. В основе надежности этих соустьев лежит ускоренная регенерация тканевых структур, захваченных шовным материалом, которая обусловлена упрощенной конструкцией, полноценной адаптацией подслизистой основы и эвертированной ориентацией тканевого шовного валика. Использование разработанной технологии в резекционной хирургии трудных язв, как указано выше, не нуждается в объемной мобилизации двенадцатиперстной

кишки, что имеет немаловажное значение в улучшении результатов лечения в целом.

Безусловно, способ показан при осложненных формах течения заболевания у лиц пожилого и старческого возраста, когда в значительной мере меняются условия для восстановления тканей в области анастомоза.

Полученные факты позволяют пересмотреть стратегию в хирургической терапии рассматриваемой категории больных в направлении утверждения целесообразности выполнения физиологичных операций в наблюдениях с высоким риском развития послеоперационных осложнений.

Отметим, что при высоком риске развития послеоперационного панкреатита показано превентивное применение сукцинатсодержащих препаратов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Краснолуцкий Н.А. Лечение прободной язвы. М. 2005. 166 с.
2. Черноусов А.Ф., Богопольский Г.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей. М: Медицина, 1996. 256 с.
3. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д., Копейкин А.А. Хирургическое лечение трудных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2005. № 1. С. 29-32.
4. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В., Степанов Ю.П. Резекционная хирургия желудка. Нижний Новгород: НГМА, 2005. 358 с.
5. Власов А.П., Сараев В.В., Степанов Ю.П., Рубцов О.Ю. Новые технологии в хирургии «трудных» язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия. 2008. № 8. С. 44-48.
6. Chung R., Denbesten L. Duodenojejunostomy in gastric operations for postbulbar duodenal ulcer. Arch Surg. 1976. Bd. 111. С. 955-957.
7. Жерлов Г.К., Баранов А.И. Борщ Д.Г. и др. Хирургическое лечение трудных язв желудка. Вестник хирургии. 1999. Т. 158. № 3. С. 46-50.
8. Плешков В.Г., Афанасьев В.Н., Москшев А.П. и др. Резекция желудка по Бильрот-1 при гигантских пенетрирующих дуоденальных язвах. Хирургия желудка и кишечника. Смоленск: СГМА, 1995. С.25-29.