

Барванян Г.М., Никитин Н.А., Головизнин А.А.
**НОВОЕ РЕШЕНИЕ ВЫПОЛНЕНИЯ
РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-I
ПРИ «ТРУДНЫХ» ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ**
ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров;
Коми филиал академии, г. Сыктывкар

Пенетрация язв двенадцатиперстной кишки (ДПК) в соседние органы, их низкое расположение, выраженный периульцерозный инфильтрат, наличие стеноза определяют понятие «трудная» дуоденальная язва (ТДЯ). Технические сложности выполнения при этом резекции желудка (РЖ) по Бильрот-I (Б-I) обусловлены дефицитом тканей кишки, чаще всего ее задней стенки. Большинство хирургов в условиях ТДЯ отдают предпочтение РЖ по Б-II. В то же время известно, что после РЖ по Б-I с сохранением дуоденального пассажа реже развиваются и менее выражены постгастррезекционные синдромы. Ряд авторов (А.В. Спыну, 1984; В.Г. Плешков и соавт., 1995; С.В. Тарасенко и соавт., 2005) видит решение проблемы в формировании в условиях дефицита задней стенки ДПК прямого гастродуоденального анастомоза (ПГДА) за счет наложения однорядного шва на заднюю губу анастомоза. Однако в зоне рубцово-воспалительных периульцерозных изменений всегда имеется достоверное снижение кровотока по сравнению

со здоровыми смежными участками, главным же условием надежности любого анастомоза является формирование его в пределах здоровых и хорошо кровоснабжаемых тканей. Формирование ПГДА на измененных тканях ДПК может стать причиной его физической и функциональной неполноценности. Кроме того, ни один из вариантов ПГДА не обладает замыкательными свойствами. Другие авторы (К.И. Мышкин и соавт., 1982; В.Н. Чернышев и соавт., 1993; С.В. Лохвицкий и соавт., 2001) альтернативой для решения проблемы сохранения дуоденального пассажа в таких случаях считают терминологический ГДА (ТЛ ГДА). Однако ТЛ ГДА, сформированный в продольном варианте, обладает всеми недостатками, присущими ПГДА. Кроме того, он создает натяжение тканей, меняет анатомию панкреатодуоденальной зоны за счет возможного перегиба головки поджелудочной железы, что может явиться причиной развития послеоперационных панкреатитов, а изменение положения ДПК за счет подтягивания ниже-горизонтальной части и нередко необходимой мобилизации кишки по Кохеру порождают развитие послеоперационного дуоденостаза (К.И. Мышкин и соавт., 1982). Лучшими свойствами по сравнению с продольным вариантом анастомоза обладает поперечный ТЛ ГДА. Основным положительным моментом его считается частичная компенсация замыкательной функции привратника. Независимо от способа формирования ТЛ ГДА, в просвете дуоденальной культи возможно образование инвагината тканей, который может служить причиной нарушения эвакуации из культи желудка вплоть до полной непроходимости анастомоза. Культи ДПК при условии ее больших размеров может сдавливать прилежащую часть культи желудка и также служить причиной эвакуаторных нарушений. В связи с изложенным дальнейшее совершенствование техники формирования поперечного ТЛ ГДА при резекции желудка в условиях ТДЯ является актуальным и требует новых оригинальных разработок.

Цель исследования. Показать новые технические возможности сохранения дуоденального пассажа при выполнении резекции желудка при ТДЯ.

Материал и методы. Нами предложен новый способ формирования поперечного ТЛ ГДА при резекции желудка при ТДЯ (положительное решение на выдачу патента РФ от 12.04. 2006г. по заявке на изобретение № 2005105471/14(006860). Способ выполняют следующим образом. После мобилизации желудка по обеим кривизмам в необходимых пределах и начального отдела ДПК до пенетрирующей язвы свободную от язвенного дефекта стенку кишки рассекают на величину полуокружности до слизистой оболочки. Без вскрытия просвета кишки острым путем производят отсепаровку слизистой оболочки от серозно-мышечной «манжетки» на высоту до 1,0 см, после чего слизистую оболочку рассекают. Со стороны просвета кишки визуализируют язвенный кратер и разрез слизистой оболочки продолжают по нижнему краю язвы, замыкая окружность «слизистого цилиндра». Полуокружность «слизистого цилиндра», фиксированную к серозно-мышечной «манжетке», отслаивают от нее. Оставшуюся непересеченной полуокружность «манжетки» пересекают. После отделения дистальной части ДПК от верхнего края язвы

накладывают зажим на привратник, желудок откидывают вверх и влево, дно язвенного дефекта при этом остается на пенетрируемом органе. Отслоенный «слизистый цилиндр» открытой дуоденальной культи ушивают отдельными узловыми швами, при этом линию швов ориентируют перпендикулярно к последующим линиям швов серозно-мышечной «манжетки» и гастродуоденоанастомоза. «Манжетку» по границам полуокружностей продольно рассекают на 2/3 высоты. Край свободной стенки «манжетки» отдельными швами подшивают по границе отсепарованной слизистой оболочки к мышечному краю противоположной стенки, разобщенной с дном язвы. К дну язвы на пенетрируемом органе подводят прядь сальника на ножке и фиксируют швами к его краям по типу оментопластики. После этого производят РЖ с формированием малой кривизны известными способами. Со стороны большой кривизны культи желудка формируют первый ряд серозно-мышечных швов поперечного ТЛ ГДА. В швы последовательно захватывают стенку желудка на расстоянии 0,5 см от линии резекции, заднюю полуокружность серозно-мышечной «манжетки» культи ДПК и ее переднюю стенку. Швы при наложении берут на держалки и затем последовательно завязывают. Этим приемом одновременно формируют дубликатуру дуоденальной культи и наружный ряд задней губы гастродуоденоанастомоза. Нити срезают, оставляя боковые в качестве держалок. Далее выполняют поперечную дуоденотомию на одну треть окружности кишки на расстоянии 0,5 см от линии наружного ряда швов. Формируют внутренний ряд швов задней губы анастомоза отдельными узловыми серозно-подслизистыми швами). Затем аналогично, но в обратном порядке формируют сначала внутренний ряд передней губы анастомоза узловыми серозно-подслизистыми швами, затем наружный – узловыми серозно-мышечными швами. При этом количество швов на передней и задней губах анастомоза, не считая боковых, должно быть одинаковым для исключения его деформации.

Противопоказаниями к применению предложенного способа ТЛ ГДА считаем хронические нарушения дуоденальной проходимости, пенетрирующие постбульбарные язвы, расположенные на расстоянии менее 1 см от большого дуоденального сосочка, и язвы второй части ДПК.

Результаты. Предложенный способ изучен в эксперименте на беспородных собаках в сравнительном аспекте с традиционными способами, после чего применен в клинике у 23 больных с ТДЯ в возрасте от 23 до 72 лет. Мужчин было 15, женщин – 8. В раннем послеоперационном периоде у 1 больного отмечены явления анастомозита, купированные консервативно без удлинения средних нормативных сроков лечения. Еще у 1 больного рентгенологически отмечена задержка (до 90 секунд) эвакуации по ДПК с явлениями непродолжительного и небольшого по объему дуоденогастрального рефлюкса. Жалоб больной не предъявлял. У 2 больных отмечено незначительное (в 1,5 раза) повышение амилазы крови. Клинических признаков острого послеоперационного панкреатита у них не было. Умер 1 больной, оперированный на высоте профузного кровотечения из пенетрирующей дуоденальной язвы. Летальный исход у

него был обусловлен тяжелой сопутствующей патологией.

Заключение. Таким образом, предложенный способ формирования поперечного ТЛ ГДА при РЖ при ТДЯ нивелирует негативные моменты традиционных способов, способствует сохранению нормальной эвакуации из культи желудка, является профилактической мерой в отношении острого послеоперационного панкреатита и при отсутствии к нему противопоказаний успешно решает проблему сохранения дуоденального пассажа при ТДЯ.