

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ МЕТОДЫ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ ПЕНЕТРАЦИЕЙ И СТЕНОЗОМ

К.М. Курбонов, Ф.Ш. Сафаров, М.Г. Хамидов
Кафедра хирургических болезней №1, ГМУ
им. Абуали ибни Сино

В работе проанализированы результаты хирургического лечения 126 больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. При этом у 47 пациентов перфорация сочеталась со стенозом, у 25 - с пенетрацией. Установлено, что наиболее оптимальной операцией при сочетании перфорации со стенозом и пенетрацией является органосохраняющие методы операций с ваготомией.

Ключевые слова: перфорация, гастродуоденальная язва, стеноз, пенетрация и ваготомия

Введение. Современные возможности консервативной терапии язвенной болезни позволяют воздействовать на все известные патогенетические звенья язвообразования со значительной вероятностью полного выздоровления или длительной ремиссии с полным сохранением трудоспособности [3]. В основе консервативного лечения лежит применение современных блокаторов Н-рецепторов, антихеликобактериальной и обволакивающей терапии [2,3]. Однако, трудности в определении основного патологического звена, невозможность длительной системной терапии, значительное число «немых» язв пока не привели к уменьшению количества перфоративных язв [3,4]. Заметно увеличился удельный вес больных юношеского возраста с перфорацией хронических и наличием «зеркальных» язв. Отмечается рост количества перфоративных язв у больных пожилого возраста, которые характеризуются грубыми морфологическими изменениями и большими размерами [1,3].

У значительного числа больных с ургентной патологией выявляются признаки нарушения эвакуации из желудка, обусловленные грубыми рубцово-воспалительными изменениями вокруг язвенного дефекта. В таких случаях особенно актуальным становится вопрос о выполнении одномоментной радикальной, патогенетически обоснованной операции, позволяющей добиться стойкого выздоровления [4].

Применение ваготомии как основного этапа органосохраняющих операций, позволяющей добиться стойкого снижения желудочной кислотопродукции, показало, что выполнение ваготомии в сочетании с иссечением язв является эффективным путём радикального лечения язвенной болезни, методом, позволяющим относительно малой травматичностью добиться стойкого излечения язвенной болезни в условиях ургентной ситуации [5]. Однако, местная ситуация в зоне язвенного дефекта ставит нередко очень сложную задачу перед хирургом, состоящую из нескольких позиций: удаление из просвета желудочно-кишечного тракта сложнорасположенную, часто пенетрирующую язву, ликвидацию нарушения проходимости выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки, восстановление целостности желудочно-кишечного тракта.

Особо сложные ситуации имеют место при низких постбульбарных язвах, при больших седловидных язвах, а также при грубых рубцовых процессах, деформирующих луковицу и постбульбарный отдел двенадцатиперстной кишки.

Цель работы: улучшение результатов лечения перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, сочетающихся с пенетрацией и стенозом язвы.

Материалы и методы исследования. С 1990 по 2004г. по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки было прооперировано 126 больных в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе (ГКБ СМП). У 47 из них при перфоративных язвах имелись признаки стенозирования выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, из них у 23 – с наличием пенетрирующей язвы. У 13 выявлено пенетра-

ция в гепатодуоденальную связку, головку и тело поджелудочной железы без признаков стенозирования, у 7 - зеркальные язвы, и лишь в 12 случаях перфоративные язвы (ПЯ) без патоморфологических признаков хронизации процесса. Возраст больных составил от 14 до 88 лет.

Для диагностики перфоративных язв применялись рентгенологические, ультразвуковые и эндоскопические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Возможности выбора вида оперативного вмешательства определялись, в первую очередь, соматическим состоянием больных, степенью полиорган-ных нарушений и местными патоморфологическими особенностями.

При перфоративных язвах луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарного отдела в 5 случаях выполнялось иссечение язвы и дуоденопластика в сочетании с селективной проксимальной ваготомией (СПВ), что позволило сохранить регулируюшую функцию привратника. При грубых каллёзных язвах с вовлечением в процесс привратника и явлениями стеноза, а также при наличии «зеркальных» язв в 11 случаях выполнили расширяющую пилородуоденопластику, в сочетании с СПВ, селективной ваготомией (СВ) и стволовой ваготомией (СтВ).

При перфорации язв желудка, сочетающихся с язвами двенадцатиперстной кишки (ЯДПК), и 16 больных выполнили клиновидное иссечение и экстерриторизацию при гигантских пенетрирующих язвах в сочетании с пилоропластикой и СВ или СтВ. Восстановление целостности желудка предпочитаем делать без использования ушивающих аппаратов, что позволяет выполнить полную визуальную ревизию желудка и более тщательно сформировать малую кривизну желудка.

При гигантских язвах тела желудка с кровотечением и перфорацией у 11 больных выполнили циркулярную резекцию желудка по Риделю, пилоропластику по Диверу-Бурдену-Шалимову и СВ. 32 больных оперированы по поводу рецидива перфоративных язв, 26 - ти в прошлом было выполнено ушивание, 3 - ваготомия с иссечением язвы, 3 - резекция желудка, 27 больных были оперированы ранее по поводу острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК), 18 - прошивание кровоточащей язвы, 4 - ваготомия с прошиванием, 5 - резекцию желудка. 4 больным произведены первичные резекции желудка: Бильрот-1 - у 1, Бильрот-2 - у 3. Резекцию желудка выполняли также при сочетанных язвах двенадцатиперстной кишки и антрального отдела желудка с явлениями грубых нарушений моторно-эвакуаторной функции.

У 17 больных ограничились только ушиванием ПЯ ввиду поздней госпитализации и терминальной стадии разлитого перитонита, потребовавшего соответствующей санации, дренирования брюшной полости и назогастральной интубации.

Выполнение радикальных операций при стенозирующих и пенетрирующих язвах сопровождается значительными техническими трудностями, которые нередко выявляются по ходу оперативного вмешательства.

Перфоративные «седлообразные» язвы с перфорацией по передней поверхности и пенетрацией по задней (на гепатодуоденальной связке и головке поджелудочной железы) - часто с ограничением старым спаечным процессом между жёлчным пузырём, печенью и салъником.

При мобилизации, выделении и ротации двенадцатиперстной кишки (ДПК) образуется большой дефект неправильной формы и отдельно лежащее экстерриторизированное дно язвы, как правило, больших размеров, расположенное на гепатодуоденальной связке и головке поджелудочной железы.

Обязательным элементом операции является дополнительное иссечение краёв образовавшегося дефекта с удалением рубцовых тканей, стягивающих просвет. Иссечение в проксимальном и дистальном направлениях (больше в сторону сужения) приводит к увеличению периметра сшиваемых поверхностей и расширению зоны дуоденопластики. При этом в проксимальном направлении может иссекаться частично (краевое или 1/3 – 1/2 полуокружности)

пилорический жом, соответственно операция в таких случаях должна именоваться как расширяющая пилорoduоденопластика.

Во многих случаях пилорический жом можно сохранить, выполнив расширяющую дуоденопластику.

При сочетании ПЯ с пенетрацией и стенозированием, когда для расширения просвета ДПК недостаточно её краевого иссечения, особенно, когда остаётся после иссечения лишь небольшой мостик слизистой по задней стенке, нами разработана методика сшивания медиальных поверхностей ДПК и антрального отдела желудка с одномоментным рассечением их стенок вдоль наложенного шва.

В большинстве случаев имеется неравномерное сужение просвета в проксимальном и дистальном направлениях, образовавшегося после иссечения язвы.

Как показывает наш опыт, наиболее часто дистальная часть ДПК сужена больше, чем проксимальная, особенно при низких бульбарных и постбульбарных язвах. Как правило, имеет место супрастенотическое расширение дивертикула. Поэтому при иссечении такой язвы проксимальный отдел бывает часто достаточным или его легко увеличить дополнительным краевым иссечением рубцовых тканей.

В таких случаях достаточно одностороннего дополнительного продольного рассечения ДПК по её медиальному краю на протяжении до 2-2,5 см. Сшивание краёв образовавшегося дефекта позволяет достаточно расширить зону дуоденопластики. При этом расширение должно соответствовать нормальному диаметру ДПК 2,5 - 3 см. Подобной методикой можно пользоваться и при обратном варианте сужения, т. е. когда более узкой является проксимальная часть, а широкой - дистальная, что встречается значительно реже, в частности, при подпривратниковых язвах. Рассечению в таких случаях подлежит проксимальный отдел, часто вместе с привратником. Эта хирургическая тактика позволяет выполнить в большинстве случаях радикальную органосохраняющую операцию при ПЯ с хорошими функциональными результатами.

Отдалённые результаты изучены у 97 больных в сроки от 0,5 до 6 лет: отличные и хорошие - у 84 (86,5%), удовлетворительные - у 10 (10,3%), неудовлетворительные (рецидив язвы) - у 3 (3,2%). Рецидив язвы имел место у 8 из 12 обследованных больных после ушивания ПЯ. Отсутствие предварительной информации о соотношении факторов агрессии и защиты затрудняет оценку причин рецидива. Однако, изучение состояния защитного слизистого барьера (ЗСБ) и хеликобактериальной обсеменённости во время операции и у больных с рецидивами свидетельствует о грубых нарушениях ЗСБ и высокой степени обсеменённости в зоне язвенного субстрата и антральном отделе желудка в момент осложнения и в отдалённом послеоперационном периоде.

Вывод. Выполнение ваготомии, иссечение язвенного субстрата с расширяющей дуоденопластикой или пилорoduоденопластикой позволяет достаточно радикально решить проблему ПЯ, сочетающуюся с пенетрацией или стенозом и получить хорошие отдалённые функциональные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курбонов К.М., Норов Х.М., Гулов М.К. Хирургическое лечение постбульбарных язв двенадцатиперстной кишки// *Анналы хирургии*. 2004. №3. С.42-46
2. Курбонов К.М. Хирургия «трудных» язв желудка и двенадцатиперстной кишки// Душанбе. «Ирфон». 2007
3. Кутяков М.Г., Хребтов В.В., Аймангамбечов М.Ж. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки// *Хирургия*. 2000. №4. С.9-12
4. Майстренко Н.А., Мовчан К.Н. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки// *«Гиппократ»*. 2000
5. Рахметов Н.Р., Хребтов В.А. Особенности дуоденопластики при различных локализациях язв двенадцатиперстной кишки// *Хирургия*. 2004. №12. С. 35-37

ХУЛОСА
УСУЛҲОИ ҶАРРОҲИИ УЗВНИГОҲДОРАНДА ҲАНГОМИ
ПЕРФОРАТСИЯИ РЕШҲОИ МЕЪДАВУ ДУВОЗДАҲАНГУШТА ВА
МУШТАРАК БО ПЕНЕТРАТСИЯ ВА ТАНГШАВӢ
К.М.Қурбонов, Ф.Ш.Сафаров, М.Г.Ҳамидов

Дар мақола натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии 126 нафар бемор бо решҳои перфоративии меъдаву дувоздаҳангушта таҳлил карда шудаанд. Аз он ҷумла, дар 47 нафар бемор перфоратсия якҷоя бо тангшавӣ, дар 25 нафар бошад бо пенетратсия омадааст. Муқаррар шудааст, ки мусоидтарин амали ҷарроҳӣ ҳангоми боҳамоии онҳо – ин усулҳои ҷарроҳии узвнигоҳдоранда бо ваготомия мебошанд.

SUMMARY
ORGAN PRESERVING OPERATION METHODS UNDER
PERFORATION OF GASTRIC DUODENAL ULCERS
COMBINED WITH PENETRATION AND STENOSIS
K.M. Kurbonov, F.Sh. Safarov, M.G. Hamidov

Results of surgical treatment of 126 patients with perforative gastric duodenal ulcers were analyzed in the work. 47 patients perforation was combined with stenosis, in 25 - with penetration. It was established that the most optimal operations under combination of perforation with stenosis and penetration are organ preserving methods with vagotomy.

Key words: perforation, gastric duodenal ulcer, stenosis, penetration, vagotomy

Адрес для корреспонденции:

К.М. Курбонов - зав. кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, **E-mail:** murod-kurbonov@rambler.ru

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЁННЫМ
ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ
Ф.И. Махмадов, Н.М. Даминова
Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино

Проведён анализ результатов лечения 366 больных с эхинококкозом печени. Эхинококкоз печени, осложнившийся обтурационной желтухой, имелся у 73 (19,9%) пациентов. Для обследования применяли УЗИ, ЭРХПГ, КТ, МРТ и лапароскопию. Предпочтение отдавали этапному лечению с применением на первом этапе эндоскопического вмешательства. ЭПСТ, инструментальное удаление фрагментов хитиновой оболочки и назобилиарное дренирование выполнили у 39,7% пациентов. Традиционные хирургические вмешательства выполнены у 60,3% больных. Разработанная тактика позволила улучшить результаты лечения, уменьшить число осложнений до 8,2%, летальность – до 4,1%.

Ключевые слова: осложнённый эхинококкоз, обтурационная желтуха, эндоскопические вмешательства, назобилиарное дренирование