

Слово молодым

УДК 617.5

Поиск оптимального метода первичной резекции желудка по поводу перфоративной язвы

М.М. Винокуров, В.В. Савельев

Проанализированы результаты лечения 247 больных с перфоративной язвой желудка. Авторы отмечают, что в связи с усовершенствованием методик первичной резекции желудка, удовлетворительных результатов лечения показания к радикальной операции на желудке при перфоративной язве расширяются.

В каждом из случаев перфоративной язвы желудка мы придерживаемся индивидуальной хирургической тактики, что дает меньший процент осложнений и летальности при выполнении первичной резекции желудка.

Results of treatment of 247 patients with perforative a stomach ulcer are analysed. Authors noted, that in connection with improvement of techniques of an initial resection of a stomach, satisfactory results of treatment, the indication to radical operation on a stomach at perforative to a ulcer extend.

In each of cases perforative a stomach ulcer we adhere to individual surgical tactics that gives smaller interest of complications and letalities at performance of an initial resection of a stomach.

Введение. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни желудка является одним из важных вопросов современной хирургии, особенно касательно проблемы перфоративных язв, так как по этому вопросу среди хирургов возникает значительное количество дискуссий.

В экстренной хирургии желудка при больших перфоративных отверстиях и выраженной воспалительной инфильтрации, каллезных язвах, стенозировании и пенетрации в соседние органы, множественных язвах, подозрении на малигнизацию и некоторых других осложнениях требуется радикальный метод оперативного лечения, к которому относится резекция желудка. Выполнение ее по экстренным показаниям связано с большим риском для жизни больного. Послеоперационная летальность при ранних сроках резекции желудка хирургами, даже имеющими большой опыт проведения этих операций, составляет 4-10% и прогрессивно увеличивается при позднем оперативном лечении [1].

Не стоит забывать и о том, что при перфорации язвы мы имеем дело и с таким осложнением, как

перитонит, который часто осложняет послеоперационное лечение больного. При всех этих условиях выбор оптимального метода резекции при перфорации язвы желудка представляет весьма тяжелую задачу, требующую от хирурга больших знаний, квалификации и опыта.

Главной целью всех операций при язве желудка является удаление язвы, устранение агрессивного кислотно-пептического фактора, обеспечение адекватной эвакуаторной функции желудка и сохранение пассажа желудочного химуса с максимально возможным устранением дуоденогастрального рефлюкса, предупреждение рецидива язвы или развития пептических язв анастомоза и рака культи желудка [3].

Материалы и методы исследования. За период с 1990 по 2003 г. в нашей клинике резекция желудка по поводу перфоративной язвы желудка выполнено у 247 больных, из них мужчин было 151 (61,1%), женщин – 96 (38,9%). 172 (69,6%) больных были в возрасте от 20 до 50 лет, остальные 75 (30,4%) – старше 50 лет.

С 1994 года при резекции желудка по Бильрот-II мы стали формировать гастроэнтероанастомоз на короткой петле – этот метод был заимствован в клинике академика РАН и РАМН В.С. Савельева (г. Москва). Согласно этой методике, после максимального рассечения связки Трейца, приводящего

ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович, д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии МИ ЯГУ,
САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич, аспирант кафедры факультетской хирургии МИ ЯГУ

к расширению двенадцатиперстно-тощего угла, а вместе с тем рассечению рубцовых тканей, создающих деформацию кишки, узловыми серозно-мышечными швами петлю тонкой кишки подшиваем приводящим концом к малой кривизне культи желудка, отводящим – к большой, тем самым производится закрытие стенкой кишки одностороннего механического или ручного шва культи желудка с одновременным формированием «шпоры».

Это является профилактикой несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки и обеспечивает беспрепятственное поступление желчи и панкреатического сока в тощую кишку, что также благоприятно сказывается на переваривании пищевого химуса, и благодаря нейтрализации пищевого химуса, поступающего из желудка, уменьшает его раздражающее действие на стенку кишки [2].

Течение послеоперационного периода сопоставлено с ранним, на 6-е, 13-е сутки, фиброгастроскопическим мониторингом, и 6 исследований проведено по неотложным показаниям (послеоперационное внутриспросветное кровотечение, нарушение эвакуаторной функции желудка). Для оценки моторно-эвакуаторной функции после резекции желудка использован рентгенологический метод с контрастированием, проводимый на 7-е, 14-е сутки с момента операции.

Исследуя с помощью рентгенологического и эндоскопического метода оперированный желудок, мы поставили перед собой следующие задачи:

1. Проанализировать применяемые в клинике методы хирургического вмешательства при перфоративной язве желудка.

2. Подчеркнуть значение эндоскопического и рентгеноскопического исследований в оценке ранних послеоперационных осложнений и выборе оптимального метода первичной резекции.

Результаты и обсуждения. В раннем послеоперационном периоде у 30 (12,1%) оперированных больных в зависимости от метода резекции наблюдались ранние послеоперационные осложнения: стеноз, кровотечение, несостоятельность гастродуоденоанастомоза (НГДА), несостоятельность гастроэнтероанастомоза (НГЭА), повторная перфорация, при этом отмечается значительно низкий процент осложнений в группе больных с использованием метода резекции по Бильрот-II на короткой петле с рассечением связки Трейца.

Приводим сравнительную таблицу частоты и вида осложнений, возникающих в раннем послеоперационном периоде у больных с различным методом оперативного лечения по поводу перфоративной язвы желудка (таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных по частоте и виду осложнений, возникающих в раннем послеоперационном периоде, в зависимости от метода резекции

Резекция без осложнений	Осложнения после резекции по Бильрот-I				Из них повторно оперировано	Всего n=247
	рубцовая деформация	кровотечение из-под шва	повторная перфорация	НГДА		
37(77,8%)	3(6,4%)	5(10,4%)	-	3(6,4%)	8(16,7%)	48(100%)
Резекция без осложнений	Осложнения после резекции по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера				Из них повторно оперировано	Всего
	рубцовая деформация	кровотечение из-под шва	повторная перфорация	НГЭА		
46(79,3%)	-	7(12,1%)	1(1,7%)	4(6,9%)	6(10,3%)	58(100%)
Резекция без осложнений	Осложнения после резекции по Бильрот-II на длинной петле с Брауновским соустьем				Из них повторно оперировано	Всего
	рубцовая деформация	кровотечение из-под шва	повторная перфорация	НГЭА		
49(89,1%)	-	4(7,3%)	-	2(3,6%)	4(7,3%)	55(100%)
Резекция без осложнений	Осложнения после резекции по Бильрот-II на короткой петле с рассечением связки Трейца				Из них повторно оперировано	Всего
	рубцовая деформация	кровотечение из-под шва	повторная перфорация	НГЭА		
85(98,8%)	-	1(1,2%)	-	-	-	86(100%)

Эндоскопическое исследование проводилось на 6-е и 13-е сутки с момента операции, ввиду последующего контрастного исследования желудка. Для оценки состояния желудочно-кишечного соустья нами была использована клинко-эндоскопическая классификация острых анастомозитов [4].

В изучаемых группах больных на ранних сроках (6-е, 13-е сутки) преимущественно у 50% больных выявляются деструктивные изменения слизистой соустья на фоне инфильтрации зоны шва.

В этот же период отмечается и наибольшее количество осложнений, связанных с методом формирования анастомоза (кровотечение, перфорация, несостоятельность шва анастомоза).

При этом при возникновении деструктивной формы анастомозита соответственно возрастал процент повторных перфораций и несостоятельности желудочно-кишечного соустья, что подтверждали наши исследования (таблица 2).

Таблица 2

Характер анастомозитов при различном методе резекции

Характер изменений	Сроки наблюдения, сутки, n=247							
	Бильрот - I		Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера		Бильрот-II на длинной петле с Брауновским соустьем		Бильрот-II на короткой петле с рассечением связки Трейца	
	6-е	13-е	6-е	13-е	6-е	13-е	6-е	13-е
Эпителизация	7	16	22	28	24	28	70	76
Катаральный	10	9	12	9	12	12	10	6
Катарально-эрозивный	9	10	5	10	12	11	-	-
Инфильтративный	9	6	5	10	-	-	5	2
Инфильтративно-эрозивный	5	4	2	-	3	2	-	2
Деструктивный	-	3	2	-	-	-	-	-
Непроходимость анастомоза	-	-	-	-	-	-	-	-
Кровотечение	5	-	6	1	4	-	1	-
Несостоятельность анастомоза	3	-	4	-	-	2	-	-

Как правило, рентгеноскопическая картина при том или ином виде оперативного вмешательства

при перфорации желудка в установленные сроки наблюдения была следующей:

Таблица 3

Характер рентгеноскопических изменений оперированного желудка при различном методе резекции

Характер изменений	Сроки наблюдения, сутки							
	Бильрот-I		Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера		Бильрот-II на длинной петле с Брауновским соустьем		Бильрот-II на короткой петле с рассечением связки Трейца	
	7-е	14-е	7-е	14-е	7-е	14-е	7-е	14-е
Недостаточность швов анастомоза	3	-	4	-	2	-	-	-
Анастомозит	41	32	36	30	31	22	16	10
Подслизистая гематома	-	-	1	-	1	-	1	-
Ускоренное продвижение контрастного вещества	4	1	6	4	5	3	3	1
Сужение просвета гастроэнтероанастомоза и/или гастродуоденоанастомоза	-	3	-	-	-	-	-	-
Инвагинация тощей кишки в культю желудка	-	-	-	-	1	-	-	-
Расширение приводящей петли	-	1	2	-	1	1	-	-
Задержка содержимого в приводящей петле	-	1	2	-	1	1	-	-
Болезненность при пальпации	1	-	1	-	-	-	-	-

В раннем послеоперационном периоде практически у 60% больных независимо от метода формирования желудочно-кишечного соустья отмечаются признаки гипотонии: поверхностные перистальтические движения, наличие пищевых масс в культе желудка, причем отмечалось это, как правило, если у пациента до операции имелся выраженный перидуоденит или нарушения проходимости пилорического отдела желудка. В случае невыраженного воспалительного процесса гипотонии не отмечено. Практически полная атония культи желудка наблюдалась всего в 2 случаях. В первом случае при формировании гастроэнтероанастомоза в модификации Гофмейстера-Финстерера и 2-й при резекции желудка по Бильрот-II на длинной петле с Брауновским соустьем и связаны они были с дооперационным расстройством функции стенки желудка при выраженном воспалительном процессе. Расширение приводящей петли с задержкой содержимого в этом отделе наблюдалось приблизительно в 10% случаев, преимущественно при резекции по типу Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера и на длинной петле с Брауновским соустьем. В значительно меньшей степени при Бильрот-I и Бильрот-II на короткой петле с рассечением связки Трейца. Ускорение прохождения контрастного вещества в первые 6 суток с последующей нормализацией перистальтики к 14 суткам наблюдалось в случае резекции по Бильрот-I и Бильрот-II на короткой петле с рассечением связки Трейца. Более длительные моторно-эвакуаторные изменения наблюдались при двух последних вышеописанных модификациях. Болезненность при пальпации тубусом рентгенологического аппарата всегда наблюдалась при несостоятельности анастомоза и задержки эвакуации контраста. По видимому, это в первом случае связано с развити-

ем перитонита, во втором – с перерастяжением стенки культи желудка.

Выводы:

1. Комплексное исследование состояния желудка в сопоставлении с клиническими результатами свидетельствует о несомненной важности рентгенологического и эндоскопического исследования в диагностике ранних послеоперационных осложнений.

2. При явлениях дистального перидуоденита и перитонита преимущество должно отдаваться способу формирования желудочно-кишечного соустья по Бильрот-II на короткой петле с максимальным рассечением связки Трейца. Это препятствует несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки, гастроэнтероанастомоза и благодаря беспрепятственному поступлению желчи и панкреатического сока в тощую кишку устраняет неблагоприятное действие кислотно-пептического фактора на слизистую анастомоза.

Л и т е р а т у р а

1. Лыткин М.И., Курыгин А.А., Ерюхин И.А. и др. Нерешенные вопросы хирургического лечения осложненных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии. 1988. № 9. С. 3-7.
2. Савельев В.В., Винокуров М.М., Гоголев Н.М. // Материалы V Российского научного форума «Хирургия-2004». М., 2004. С. 171-172.
3. Соколов Г.Е., Белобородова Э.И., Жерлов Г.К. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Томск, 2001. С. 178-206.
4. Жижин Ф.С., Капустин Б.Б. Клинико-эндоскопическая классификация острых анастомозитов после резекции желудка // Вестн. хир. 2002. №6 С. 49-52.

