

СПОСОБ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЕ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ И ПЕНЕТРАЦИЕЙ В ИНТРАПАНКРЕАТИЧЕСКУЮ ЧАСТЬ ОБЩЕГО ЖЕЛЧЕВЫНОСЯЩЕГО ПРОТОКА

*¹Кафедра хирургии № 1 Кубанского государственного медицинского университета;
Краснодарское многопрофильное лечебно-диагностическое объединение
«Городская клиническая больница № 2»,*

Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2;

*²кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета;
муниципальное учреждение здравоохранения Краснодарская городская клиническая больница
скорой медицинской помощи,*

Россия, 350000, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14,

тел. 8918-440-85-90. E-mail murat-didigov@yandex.ru

Предложен способ хирургического лечения хронических язв задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненных декомпенсированным стенозом и пенетрацией в интрапанкреатическую часть общего желчевыносящего протока (приоритетная справка № 2012101735 от 18.01.12 г.). По данной методике оперировано 12 больных. У одного больного развился послеоперационный панкреатит. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: язвенная болезнь ДПК, декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз ДПК, хирургическое лечение.

**V. M. DURLESHTER¹, M. T. DIDIGOV², G. K. KARIPIDI², E. S. BABENKO²,
Ya. V. KANKSIDIS², V. I. ONOPRIEV¹**

METHOD FOR DUODENOPLASTY CHRONIC ULCER DUODENAL COMPLICATED DECOMPENSATED STENOSIS AND PENETRATION IN THE PART OF THE GENERAL INTRAPANKREATICHESKUYU ZHELCHEVYNOSYASCHEGO FLOW

*¹Department of surgery № 1 Kuban state medical university,
Russia, 350012, Krasnodar, str. Red partisans, 6/2, Krasnodar diversified but curative and diagnostic association
«City clinical hospital № 2»;*

*²department of hospital surgery Kuban state medical university has,
Russia, 350000, Krasnodar, str. 40 Years of Victory, 14, municipal health Krasnodar city hospital emergency care,
tel. 8918-440-85-90. E-mail: murat-didigov@yandex.ru*

We propose a method of surgical treatment of chronic ulcers back of the duodenal bulb, complicated dekompenziro-consistent stenosis and penetration in the portion of the total intrapankreaticheskuyu zhelcheyynosyashchego duct (filing receipt number 2012101735 from 18.01.12 g.). By this method in 12 patients were operated. One patient developed postoperative pancreatitis. Deaths were not.

Key words: duodenal ulcer disease, decompensated scar-duodenal ulcer stenosis, surgery.

Введение

В общей структуре осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) частота стеноза варьирует от 10% до 63,5%, составляя в среднем 15–30%, частота декомпенсированного стеноза составляет от 5% до 15% [1, 2, 7]. Среди других осложнений язвенной болезни ДПК стеноз является показанием к хирургическому лечению у 45–84% больных [3, 4, 5, 6]. При обширных язвах задней стенки луковицы ДПК зачастую имеется пенетрация язвы в близлежащие органы (поджелудочная железа, левая доля печени, поперечная ободочная кишка, общий желчевыносящий проток), что создает значительные технические трудности при выполнении хирургического вмешательства,

требует зачастую принятия нестандартных решений в выборе способа пластической реконструкции луковицы ДПК. Резекция желудка является классическим и самым распространенным методом хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза ДПК. Однако эта операция в любом ее варианте не отвечает принципам органосохранения, сопровождается относительно высокой летальностью и числом послеоперационных осложнений. Отдаленные постгастрорезекционные синдромы нередко ведут к инвалидизации.

Таким образом, оптимизация хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза ДПК, поиск новых методов выполнения органосохраняющих пособий при «сложных» язвах являются

актуальной проблемой современной хирургической гастроэнтерологии, требующей своего решения.

Материалы и методики исследования

Обобщен опыт обследования и лечения 12 больных с обширными язвами задней стенки луковицы ДПК, осложненными декомпенсированным стенозом и пенетрацией в интрапанкреатическую часть общего желчевыносящего протока. Десять пациентов оперированы в условиях МБУЗ КМЛДО ГБ № 2, двое – в МБУЗ ГКК БСМП г. Краснодара. Всем больным выполнялась изолированная радикальная дуоденопластика (РДП) по предложенной нами методике (приоритетная справка № 2012101735 от 18.01.12 г.). Все больные были мужского пола, работоспособного возраста. Большинство больных (95%) имели длительный язвенный анамнез с типичными болями, изжогой, сезонными обострениями. 4 пациента перенесли ранее операции по поводу осложнений язвенной болезни ДПК (ЯБДПК): ушивание перфоративной язвы было произведено 3 больным, 1 пациент был оперирован ранее по поводу язвенного дуоденального кровотечения.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование. Особое внимание уделяли водно-электролитному балансу, кислотно-щелочному равновесию, показателям азотистого обмена. Для подтверждения диагноза дуоденостеноза, определения степени декомпенсации всем больным выполнялись ФГДС, рентгеноконтрастное исследование желудка. ФГДС выполнялась эндоскопом фирмы «Olympus».

При рентгенографии определялись большое количество содержимого натешиак, увеличенный и атоничный желудок (в виде «мешка»), опущенный в полость малого таза, отсутствие эвакуации от 24 до 72 часов (рис. 1).

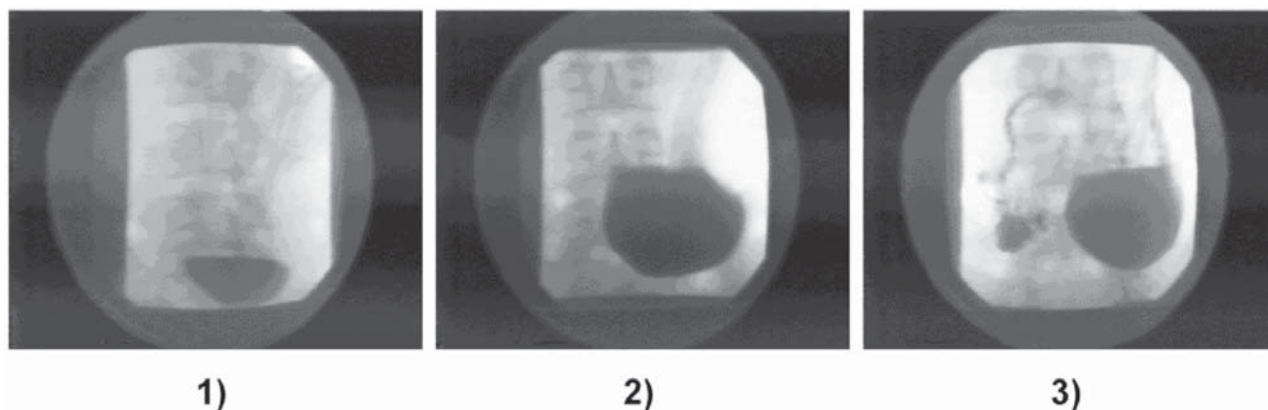


Рис. 1. Рентгенография желудка.

1 – отсутствует депонирующая функция тела желудка;
2–3 – барий попадает в перерастянутый антральный отдел,
где задерживается на долгое время

Всем больным проводилась предоперационная подготовка в условиях реанимационных отделений или палаты интенсивной терапии, включающая зондовую декомпрессию желудка до 4–5 суток, промывание желудка, инфузионно-трансфузионную терапию, направленную на коррекцию основных параметров гомеостаза.

В послеоперационном периоде больным проводилась назогастральная декомпрессия. Зонд устанавливался во время операции анестезиологом и контролировался хирургом пальпаторно. Постоянная

пассивная декомпрессия тонким зондом позволяет: 1) разгрузить зону анастомоза; 2) исключить процессы брожения в результате застоя; 3) устранить расширение желудка и тем самым улучшить вентиляцию легких; 4) ускорить восстановление тонуса желудочной стенки. Больным проводилась инфузионно-трансфузионная терапия, вводились белковые препараты, аминокислоты, средства, стимулирующие моторику желудка (церукал, реглан).

Результаты и обсуждение

Всем 12 больным была произведена изолированная РДП по разработанной нами методике. Суть метода заключается в следующем. После выполнения срединной лапаротомии и коррекции доступа расширителями Сигала приступаем к интраоперационному исследованию (диагностике) в дуоденогастральной зоне. Выполняем поэтапное выделение пораженного участка из рубцово-спаечных наслоений, нахождение дилатированного нефункционирующего привратника. Затем производим поперечную дуоденотомию через зону бульбарного стеноза (рис. 2). После дифференцировки привратника, большого дуоденального соска приступаем к иссечению пораженных рубцом или язвой стенок луковицы ДПК (рис. 2, поз. 7). Это делаем предельно экономно, максимально сохраняя неповрежденную ткань кишки, особенно в зоне привратника. Операцию выполняем только в зоне измененных тканей на пораженной кишке, так как смещение и расширение зоны иссечения могут привести к повреждению элементов гепатодуоденальной связки, панкреатодуоденальной артерии, поджелудочной железы. Пенетрирующую язву луковицы ДПК выводим из просвета органа, обрабатываем ложкой Фолькмана (рис. 2, поз. 1). В дефект ин-

трапанкреатической части общего желчевыносящего протока (рис. 3, поз. 8) вводим ниппельный полихлорвиниловый дренаж длиной 6–7 см и диаметром 1,0–1,2 мм, который проводим в просвет ДПК (рис. 3, поз. 2) и фиксируем одним узловым швом монолитной нитью, после чего выполняем подведение пряди большого сальника под заднюю стенку ДПК (рис. 4, поз. 3), далее прецизионно формируем однорядный серозно-мышечно-подслизистый шов ДПК монолитной нитью (рис. 5, поз. 4). Завершающим этапом операции

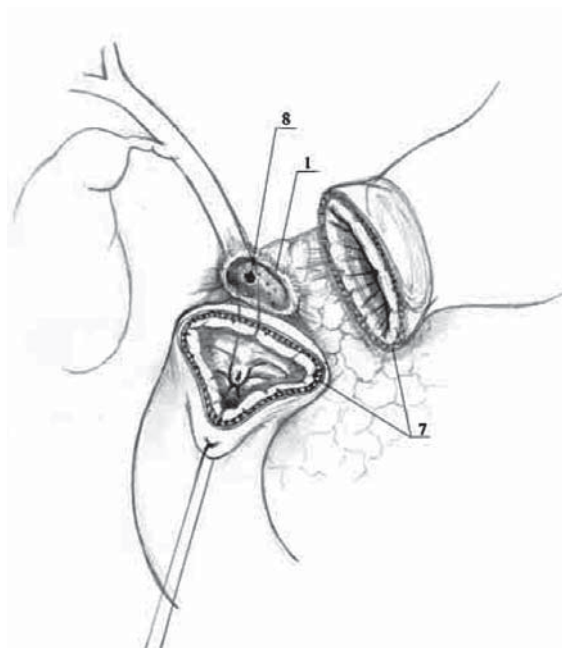


Рис. 2. Этап выполнения поперечной дуоденотомии через зону стеноза.

1 – кратер пенетрирующей язвы,
7 – края ДПК, 8 – дефект интрапанкреатической части общего желчевыводящего протока в кратере пенетрирующей язвы

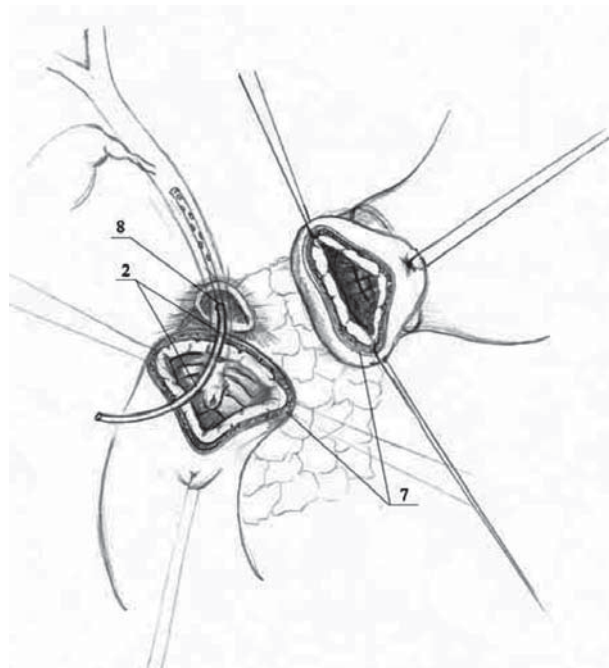


Рис. 3. Проведение ниппельного дренажа в просвет общего желчевыводящего протока.

2 – ниппельный дренаж,
7 – края ДПК,
8 – дефект интрапанкреатической части общего желчевыводящего протока в кратере пенетрирующей язвы

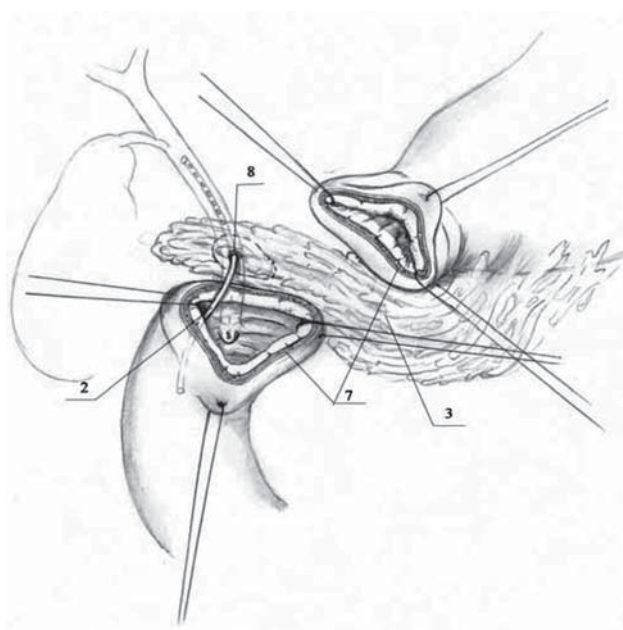


Рис. 4. Формирование задней губы анастомоза. 3 – прядь большого сальника, 2 – ниппельный дренаж, 7 – края ДПК, 8 – дефект интрапанкреатической части общего желчевыводящего протока в кратере пенетрирующей язвы

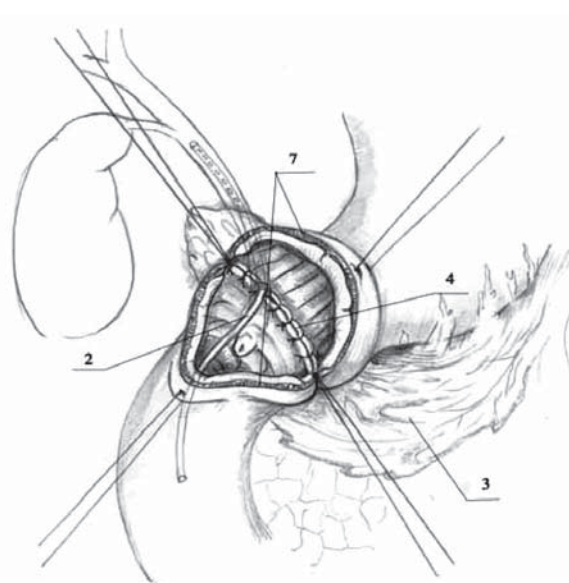


Рис. 5. Сформированная задняя губа анастомоза. Ниппельный дренаж фиксирован и проведен в просвет ДПК. 3 – прядь большого сальника, 2 – ниппельный дренаж, 7 – края ДПК, 4 – линия анастомоза

является наложение разгрузочной холецистостомы (рис. 6, поз. 5). На рисунке 6 изображен окончательный вид операции. Использование данной методики позволяет добиться заживления дуоденальной раны

по типу первичного натяжения, без краевого некроза слизистой, с образованием нежного рубца.

В раннем послеоперационном периоде у одного больного имело место развитие послеоперационного

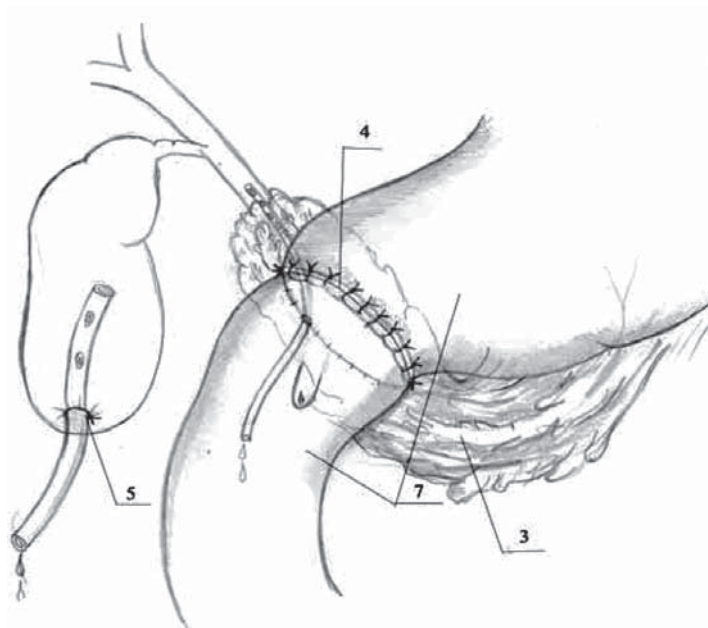


Рис. 6. Окончательный вид операции.
3 – прядь большого сальника, 5 – разгрузочная холецистостома,
7 – края ДПК, 4 – линия анастомоза

панкреатита, проявлявшегося опоясывающими болями, тошнотой, рвотой, повышением амилазной активности сыворотки крови. Явления панкреатита были купированы комплексом консервативных мероприятий (введение октреотида, контрикала, ульказола, спазмолитиков, проведение инфузионной дезинтоксикационной терапии). Летальных исходов не было. Трудоспособность восстановлена у всех больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунов В. Н., Нагиев Э. Ш., Столярчук Е. В. Осложненные гигантские пилорoduodenальные язвы: клиническая картина, диагностика, хирургическое лечение // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – № 3. – С. 63–69.
2. Кузин Н. М., Алимов А. Н. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в лечении дуоденальных стенозов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1997. – № 4. – С. 38–43.

3. Кузин Н. М., Крылов Н. Н. Эффективность хирургического лечения дуоденальной язвы // Хирургия. – 1999. – № 1. – С. 17–20.

4. Лобанков В. М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 58–64.

5. Окоемов М. Н., Кузин Н. М., Крылов Н. Н. и др. Сравнительная характеристика эффективности операций при язвенном пилорoduodenальном стенозе // Хирургия. – 2002. – № 5. – С. 26–29.

6. Оноприев В. И., Замулин Ю. Г., Сиухов Ш. Т., Караваев В. Л. Дуоденопластика – новый тип дренирующей операции при селективной проксимальной ваготомии у больных со стенозирующими язвами двенадцатиперстной кишки // Всероссийская научная практическая конференция хирургов: Тезисы докл. – Саратов, 1980. – С. 239–240.

7. Xing J., Brody F., Rosen M. et al. The effect of gastric electrical stimulation on canine gastric slow waves // Am. j. physiol. gastrointest. liver. physiol. – 2003. – V. 284. № 6. – P. 956–962.

Поступила 12.09.2012

**З. Д. КАЛОЕВА¹, К. М. ДЗИЛИХОВА¹, М. Г. ДЗГОЕВА², М. В. АТАЕВА¹,
 Н. О. ТУАЕВА¹, С. К. КАРЯЕВА¹, З. К. ДЖАГАЕВА¹,
 О. А. КАГИРОВА³, А. Б. МАХТИЕВА³**

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ

¹Кафедра поликлинической педиатрии с детскими болезнями лечебного факультета
 ГБОУ ВПО СОГМА,

Россия, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40, тел. (8672) 74-34-23. E-mail: galiat@list.ru;

²кафедра ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО СОГМА,

Россия, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40, тел./факс (8672) 53-03-97;

³кафедра педиатрии с курсом детских инфекций

ГБОУ ВПО «Чеченский государственный университет»,

Россия, 364031, г. Грозный, ул. Киевская, 33, тел. (8712) 22-23-04