

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО РУБЦОВО-ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹Кафедра госпитальной хирургии,

*²кафедра хирургии № 1 Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: murat-didigov@yandex.ru*

В статье описан способ хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки, вариант дуоденопластики, позволяющий восстановить проходимость гастродуоденального комплекса с сохранением пилорического жома (патент РФ на изобретение № 2336032). Имеется опыт лечения 40 больных. Летальных исходов не было, средний срок пребывания в стационаре уменьшился на 15%, послеоперационных осложнений не наблюдалось.

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

**M. T. DIDIGOV¹, V. M. DURLESHTER², G. K. KARIPIDI¹,
M. H. ASHHAMAF¹, I. B. UVAROV, S. V. AVAKIMYAN, E. S. BABENKO¹**

WAY OF SURGICAL TREATMENT OF THE RUBTSOVO-ULCER STENOSIS OF THE DUODENAL GUT

¹Chair of hospital surgery,

*²chair of surgery № 1 Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar city, Sedina st., 4. E-mail: murat-didigov@yandex.ru*

In article the way of surgical treatment rubtsovo-ulcer stenosis of a duodenal gut, a variant is described, allowing to restore passableness of a gastroduodenal complex with preservation press (the patent of the Russian Federation for the invention № 2336032). There is an experience of treatment of 40 patients. Lethal outcomes wasn't, average term of stay in a hospital has decreased for 15%, postoperative complications wasn't observed.

Key words: rubtsovo-ulcer stenosis, surgical treatment.

Декомпенсированный рубцово-язвенный стеноз двенадцатиперстной кишки (ДРЯС ДПК) – одно из серьезнейших осложнений язвенной болезни. Оно, как правило, прогрессирует, приводя к жизненным гомеостатическим нарушениям в организме, а потому всегда требует хирургического лечения. ДРЯС ДПК развивается у 5–15% больных, страдающих язвенной болезнью [1, 2, 4].

Деформация и сужение пилорoduоденальной области развиваются вследствие рубцевания многократно рецидивирующих язв, что влечет за собой ту или иную степень ее непроходимости и, следовательно, нарушение желудочной эвакуации. С прогрессированием стеноза желудок теряет свои компенсаторные способности, растягивается, увеличивается в размерах, ослабляется его перистальтика, что в еще большей степени усугубляет нарушение желудочной эвакуации. Чтобы компенсировать опорожнение желудка, наступают гипертрофия его мышечной оболочки и усиление двигательной активности. Однако такие усилия органа не беспредельны, и постепенно появляются признаки его декомпенсации.

Во все времена хирургического лечения рубцово-язвенного стеноза ДПК усилия хирургов были направлены на ликвидацию непроходимости в пилорoduоденальной зоне и лечение язвенной болезни. Эти задачи на различных этапах решались в соответствии с достижениями клинической патофизиологии и прогрессом желудочной хирургии. Хирургическое лечение ДРЯС

ДПК имеет длительную историю – от применения простой гастрозэнтеростомии до резекции желудка.

С целью уменьшения травматичности оперативного вмешательства и профилактики послеоперационных осложнений мы используем двухэтапную методику лечения больных с ДРЯС ДПК. На первом этапе производится пилоросохраняющая операция – дуоденопластика, направленная на восстановление естественного порционного пассажа желудочного содержимого в ДПК, устранение рубцово-язвенного поражения с сохранением привратника, при этом наблюдение за больными, перенесшими первый этап хирургического лечения, продемонстрировало возможность полного восстановления моторно-эвакуаторной функции расширенного желудка. Уже в ближайшие месяцы он принимал естественные размеры и форму. Это, в свою очередь, позволило оценить истинные показатели секреции желудочного сока, искажаемые длительным гастростазом при декомпенсированном стенозе. Вторым этапом хирургического лечения у этих больных после их дополнительного обследования является выполнение антацидной операции – селективной проксимальной ваготомии (СПВ) с целью предупреждения язвообразования.

Нами предложен и используется способ пилоросохраняющей радикальной дуоденопластики при ДРЯС ДПК (патент на изобретение РФ № 2336032). Методика операции заключается в следующем. После выполнения срединной лапаротомии и коррекции доступа рас-

ширителями Сигала приступаем к интраоперационному исследованию (диагностике) в дуоденогастральной зоне. Выполняем поэтапное выделение пораженного участка из рубцово-спаечных наслоений, идентифицируем дилатированный нефункционирующий привратник. Затем производим поперечную дуоденотомию через зону бульбарного стеноза. После дифференцировки привратника, большого дуоденального соска (БДС) приступаем к иссечению пораженных рубцом или язвой стенок луковицы ДПК. 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. При наличии обширного и глубокого язвенного кратера на головке поджелудочной железы или гепатодуоденальной связке последний выводим из просвета ДПК, обрабатываем ложкой Фолькмана, спиртом и тампонируем сальником на питающей ножке. В зависимости от уровня стеноза и его протяженности, наличия и величины язвы, стенки луковицы ДПК, на которой локализована язва (рубец), количества поврежденных стенок предлагаем экономное иссечение рубцово-язвенного очага с сохранением части луковицы по задней или боковой стенке, а также с резекцией всего сегмента луковицы. После иссечения всех рубцово-измененных тканей производим демукозацию участка задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки – при тубулярном декомпенсированном стенозе луковицы двенадцатиперстной кишки отделение задней стенки луковицы от головки двенадцатиперстной кишки зачастую технически невозможно (рис. 1). Затем формируем однорядный серозно-мышечно-подслизистый шов монолитной нитью в условиях прецизионной техники (рис. 2). Использование данной методики позволяет добиться заживления дуоденальной раны по типу первичного натяжения, без краевого некроза слизистой, с образованием нежного рубца. Зону анастомоза формируем на ложе из дему-

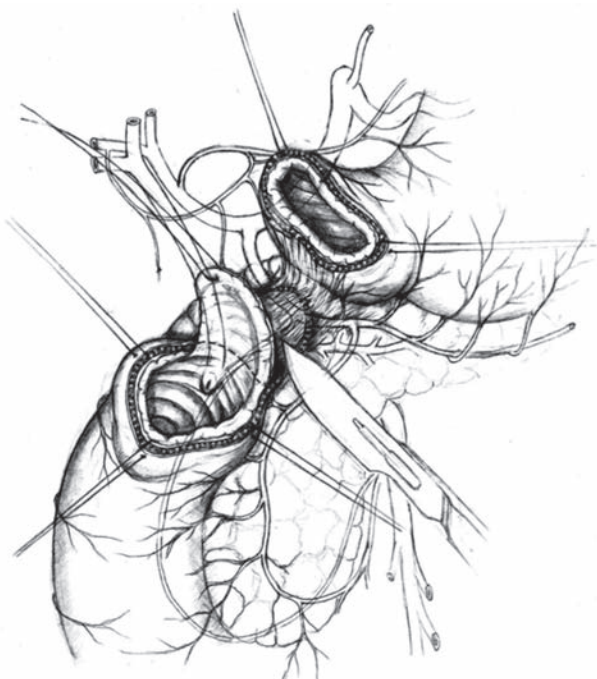


Рис. 1

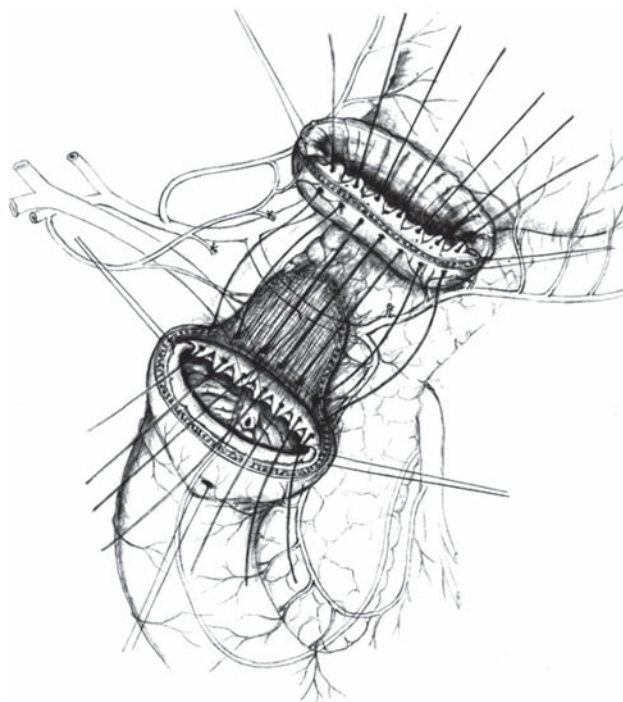


Рис. 2

козированного участка задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, что способствует лучшему заживлению, является мерой профилактики несостоятельности дуоденального шва. Окончательный вид операции представлен на рисунке 3.

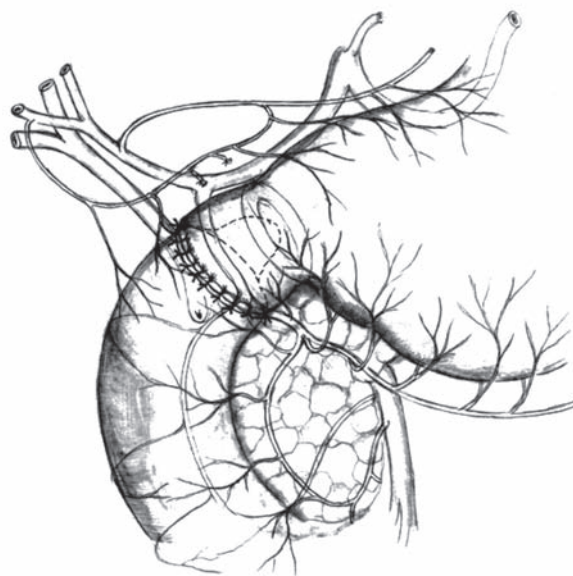


Рис. 3

Клинический пример. Больной Н., 66 лет, поступил в приемное отделение в крайне тяжелом состоянии. Сознание спутанное, имелись подергивания мышц верхних и нижних конечностей. Тургор кожи резко снижен. В легких жесткое дыхание, частота дыхания 24–26 в минуту. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Имелась умеренная болезненность при пальпации в эпигастральной области и шум «плеска». Из лабораторных данных отмечались анемия (эр. 2,4 Т/л, Hb 80 г/л, ЦП 1,0), гипопроteiнемия (общий белок 45 г/л).

На основании данных анамнеза, лабораторного и инструментального обследования (УЗИ, ФГДС) был выставлен диагноз – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная декомпенсированным стенозом с явлениями истинной гастрогенной тетании. После проведения соответствующей предоперационной подготовки больной оперирован. После выполнения лапаротомии выполнено интраоперационное исследование, обнаружено, что имеет место тубулярный стеноз луковицы двенадцатиперстной кишки на протяжении 3 см. Выполнены поэтапное выделение пораженного участка из рубцово-спаечных наслоений, нахождение дилатированного нефункционирующего привратника. Затем произведена поперечная дуоденотомия через зону бульбарного стеноза. Язвенных дефектов не обнаружено, стеноз носит рубцовый характер. После дифференцировки привратника, БДС произведено иссечение пораженных рубцом стенок луковицы двенадцатиперстной кишки. Это выполнили предельно экономно, максимально сохраняя неповрежденную ткань кишки, особенно в зоне привратника. После иссечения всех рубцово-измененных тканей произведена демуккозация участка задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Затем сформирован однорядный серозно-мышечно-подслизистый шов монолитной нитью. Зона анастомоза сформирована на ложе из демуккозированного участка задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Послеоперационное течение гладкое. На 5-е сутки после операции объем голодного желудка составил 300 мл. В удовлетворительном состоянии больной был выписан на амбулаторное лечение. Отдаленный результат отслежен через один

год после операции. Трудоспособность восстановлена полностью, жалоб не предъявляет, регулярно проходит курсы противорецидивного лечения под контролем гастроэнтерологов, рецидива язвообразования нет. По данным рентгенологического исследования, сохранена порционная эвакуация из желудка с полным его опорожнением в течение полутора часов.

Заключение

Под нашим наблюдением находились 40 больных с декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом двенадцатиперстной кишки, оперированных по описанной выше методике. Летальных исходов не было, средний срок пребывания в стационаре уменьшился на 15%, послеоперационных осложнений не наблюдалось.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А. Е., Земляной В. П., Кубачев К. Г., Заркуа Н. Э., Борисов А. А. Хирургическое лечение при хронических гастродуоденальных язвах // Вестник хирургии. – 2002. – Том 161. № 1. – С. 79–81.
2. Крылов Н. Н. Проблемы, которые не могут не волновать: утопии и реалии современного учения о язвенной болезни // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2007. – № 1. – С. 25–30.
3. Козлов И. З., Волков О. В., Алекперов С. Ф., Щетинин М. Г. Клапанная пилородуоденопластика в лечении осложненных пилородуоденальных язв // Хирургия. – 2001. – № 4. – С. 27–30.
4. Millat B., Fingerhut A., Borie F. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trials // World j. surg. – 2000, Mar. – № 24 (3). – P. 299–306.

Поступила 13.09.2010

А. К. ЖАНЕ, АД. К. ЖАНЕ, Х. Р. НАПСО, Т. И. ЖАНЕ, А. Г. ПИЧУГИН

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Современный медицинский центр им. Х. М. Совмена – Клиника XXI века,
Россия, 385123, Республика Адыгея, Тахтамукайский р-н, а. Афипсин, ул. К. Х. Жанэ, 5,
тел.: +7 (861) 272-59-11, +7 (87771) 46-0-08*

В статье приведены сведения об этиологии, патогенезе и классификации хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Приведены данные о диагностике патологии вен. Показаны методы лечения: медикаментозные, компрессионные, инструментальные. Обсуждены показания к различным методам лечения и выбор метода на основе CEAP классификации.

Ключевые слова: патология вен, медикаментозное лечение, хирургия вен, реабилитация.

A. K. ZHANE, AD. K. ZHANE, H. R. NAPSO, T. I. ZHANE, A. G. PICHUGIN

OF THE POSSIBILITY OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHRONIC DISEASES OF VEINS OF THE BOTTOM FINITENESSES

*The modern medical center it. H. M. Sovmena – Clinic of XXI century,
Russia, 385123, Republic Adygea, Area Tahtamukajsky, aul Afipsip, K. H. Zhane st., 5,
tel.: +7 (861) 272-59-11, +7 (87771) 46-0-08*

In article are resulted the information about этиологии, патогенезе and classifications of chronic venous insufficiency of the bottom finitenesses. Data about diagnostics of a pathology of veins are cited.

Methods of treatment medicamentous, компрессионные, instrumental are shown. Readings to various methods of treatment and a choice of a method on the basis of CEAP classifications are discussed.

Key words: a pathology of veins, medicamentous treatment, surgery of veins, rehabilitation.