

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.342-002.44-089:616.33-089.873

А.Е.Борисов, Ю.Е.Веселов, В.П.Акимов, А.А.Коваленко

СПОСОБ ПИЛОРУССОХРАНЯЮЩЕЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра хирургии им. Н.Д.Монастырского (зав. — проф. А.Е.Борисов), ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования»

Ключевые слова: язва, желудок, двенадцатиперстная кишка, хирургическое лечение, пилоруссохраняющая резекция.

Введение. Несмотря на достигнутые успехи в терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК), эффективность хирургического лечения остается предметом оживленных дискуссий [3–5, 8]. Все большее внимание уделяется вопросам сохранения функциональной активности пилорического комплекса и двенадцатиперстной кишки, непосредственно влияющих на функциональные результаты в отдаленном послеоперационном периоде [3–8, 10].

Современные способы оперативных вмешательств позволяют нивелировать неблагоприятные факторы, обусловленные утратой привратника и значительной части органа [2, 5, 7].

Материалы и методы. Идея сохранения или создания искусственного функционирующего привратника при резекции желудка весьма привлекательна, однако, ряд авторов предупреждают о бесполезности этих усилий, считая, что сохранение полноценного пилоруса возможно лишь при органосохраняющей операции [8].

Методика пилоруссохраняющей резекции желудка (ПСРЖ) при язвенной болезни ДПК [3] предусматривает, помимо прецизионной мобилизации резецируемых тканей желудка, вынужденное иссечение вместе с язвой ДПК и порции пилорического жома (гемипилорэктомия) в зависимости от локализации язвы на передней или задней стенке. При этом интрамуральная иннервация и кровоснабжение пилоруса сохраняются. Метод не исключает вероятности формирования в отдаленном периоде анатомической недостаточности привратника и нарушение его замыкательной функции. Отдельные экспериментальные и клинические иссле-

дования показали возможность сохранения функциональной активности пилорического комплекса после изоляции его от желудка и ДПК при условии сохранения полноценной экстраорганный сосудисто-нервной васкуляризации [6, 9, 10]. При сравнительной оценке различных вариантов сохранения кровоснабжения и иннервации привратника наиболее оптимальным, с этой точки зрения, является тот, при котором сохраняют только один канал импульсации — экстраорганные нервные связи [6]. Эти выводы находят объяснения в работах физиологов [1]. Поэтому нами для повышения эффективности ПСРЖ при дуоденальной локализации язвы разработан новый способ резекции желудка [2].

С п о с о б заключается в иссечении язвы и сегментарной резекции ДПК, с последующей надпривратниковой резекцией желудка (рис. 1). Способ осуществляют следующим образом. Первым этапом производим локальную прецизионную мобилизацию стенки двенадцатиперстной кишки, несущей язву. Лигируем только те сосуды второго и третьего порядка, которые вступают в стенку кишки, измененную патологическим процессом. Выполняем локальное иссечение в пределах здоровых тканей сегмента двенадцатиперстной кишки с зоной рубцовой деформации (рис. 2). Накладываем однорядный дуодено-дуоденальный анастомоз атравматическим шовным материалом 4/0 без захвата слизистой оболочки однорядным швом (рис. 3). Следующим этапом производим пилоруссохраняющую резекцию $2/3$ дистального отдела желудка (рис. 4). При мобилизации обязательно сохраняем целостность основных стволов левой желудочной, правой желудочно-сальниковой артерии и ветви, идущие к пилорическому жому, луковице двенадцатиперстной кишки и задней стенке желудка. Обязательно сохраняем сосуды и нервы, идущие к пилорическому жому. Формируем гастрогастроанастомоз на 1,5 см выше пилорического жома. Операция заканчивается установкой интрадуоденального и интрагастрального зондов для нутритивной поддержки и декомпрессии.

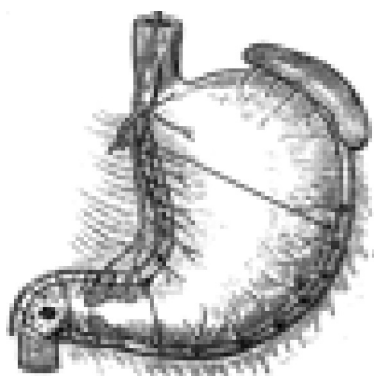


Рис. 1. Схема мобилизации желудка и двенадцатиперстной кишки (объяснение в тексте).

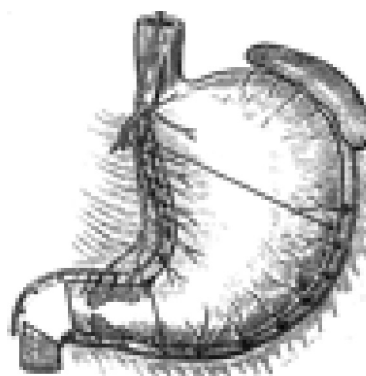


Рис. 2. Сегментарная резекция двенадцатиперстной кишки (объяснение в тексте).

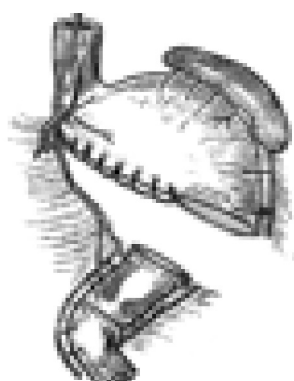


Рис. 3. Пилоросохраняющая резекция $2/3$ желудка (объяснение в тексте).

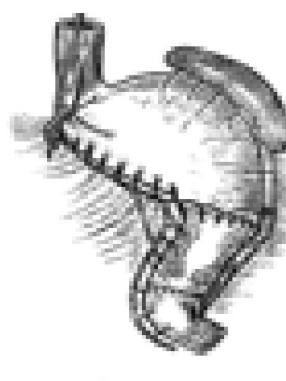


Рис. 4. Окончательный вид после наложения анастомозов (объяснение в тексте).

Важность прецизионной мобилизации желудка и ДПК обусловлена тем, что все интраорганные пути кровоснабжения и лимфооттока и иннервации привратниковой мышцы пересекаются и ее кровоснабжение и иннервация обеспечиваются экстраорганным кровоснабжением и лимфооттоком и иннервацией.

Положительный эффект предлагаемого способа заключается в сохранении пилорического жома и функциональной целостности гастропилородуоденального комплекса, что предупреждает развитие постгастрорезекционных синдромов и радикально избавляет от язвы.

Результаты и обсуждение. По данному способу оперированы 8 больных (3 — в плановом, а 5 — в экстренном порядке). Возраст — 32–48 лет, длительность анамнеза — от 5 до 10 лет. Умерших нет. В раннем послеоперационном периоде осложнения выявлены у 2 больных (у 1 — нарушение моторно-эвакуаторной функции культи желудка за счет отека анастомоза, купированной медикаментозно и введением зонда, у 1 — пневмония, купированная медикаментозно).

Через 3 года после операции умеренные нарушения эвакуации зарегистрированы у 1 больного, у него же — дуоденогастральный рефлюкс I степени. У всех больных увеличен резервуар культи, восстановлены перистальтические волны средней глубины по малой и большой кривизне. Привратник сокращается ритмично, эвакуация порционная, $T_{1/2}$ — $(53 \pm 3,5)$ мин. У одного пациента сохраняется деформация привратника с нарушением замыкательной функции. Морфологическое исследование гастродуоденальной слизистой оболочки показало стабильность микроскопической картины и отсутствие маркеров дуоденогастрального рефлюкса (ДГР). Изучение секреторной функции показало, что часовое напряжение секреции снизилось на 46% [до операции — $(39 \pm 3,2)$ мл, после операции — $(21 \pm 0,7)$ мл, $p < 0,05$]. Гипо- и нормацидное состояние базального кислотообразования наблюдалось у всех больных, базальный pH до операции составил $2,5 \pm 0,48$, после операции — $6,1 \pm 0,05$, стимулированный pH $1,8 \pm 0,12$ и $5,2 \pm 0,7$ соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. 1. Положительный эффект предложенного способа резекции желудка заключается в сохранении функциональной активности пилорического комплекса и двенадцатиперстной кишки.

2. Способ позволяет обеспечить адекватное патогенетическое воздействие, предупредить развитие таких осложнений, как хронические нарушения дуоденальной проходимости, дуоденогастральный рефлюкс, демпинг-синдром.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Богач П.Г., Гройсман С.Д. О роли экстрамуральной нервной системы в распространении перистальтических волн по желудку // Вестн. РАН СССР.—1966.—Т. 168, № 3.—С. 708–711.
2. Борисов А.Е., Акимов В.П., Веселов Ю.Е. Патент 2218871 РФ. Способ хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Бюл.—2003.—№ 35.—С. 14.
3. Горбашко А.И. Способы пилоросохраняющей резекции желудка.—СПб.: МАПО, 1994.—176 с.
4. Жерлов Г.К., Баранов А.И., Гибадулин Н.В. Пилорус-моделирующие и пилоросохраняющие резекции желудка.—М.: МЗ Пресс, 2000.—224 с.
5. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия.—2001.—№ 1.—С. 27–32.
6. Наумов В.Ф. Моторно-эвакуаторная функция желудка при пилоросохраняющих операциях // Хирургия.—1987.—№ 5.—С. 122–126.
7. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни.—Краснодар, 1995.—296 с.
8. Freston J.W. Management of peptic ulcers // World J. Surg.—2000.—Vol. 24, № 3.—P. 250–256.
9. Goldsmith H. S. Fecal control following pyloric valve transposition after abdominoperineal resection // Techniques in Coloproctology Issue.—2003.—Vol. 7, № 2.—P. 95–101.
10. Sawai K., Fujioka T., Takahashi T. et al. Pylorus-preserving gastrectomy with R2 lymph node dissection for the early gastric cancer located in the middle third of the stomach // Abstr. 60 meeting JRS GC.—1993.—P. 65.

Поступила в редакцию 26.04.2006 г.

A.E.Borisov, Yu.E.Veselov, V.P.Akimov,
A.A.Kovalenko

A METHOD OF PYLORUS-PRESERVING RESECTION OF THE STOMACH FOR DUODENUM ULCER DISEASE

A method of pylorus-preserving resection of the stomach including dissection of the ulcer and segmental resection of the duodenum followed by a pylorus-preserving resection of the stomach was developed and used in the clinic in 8 patients with ulcer disease of the duodenum. Positive effect manifested itself as preserved functional activity of the pylorus complex and duodenum. The method allows securing adequate pathogenetic effects, leveling the development of such complications as chronic impairment of duodenal patency, duodenal-gastric reflux, dumping syndrome.

Уважаемые авторы и читатели!

*Редколлегия и редакция журнала
поздравляют вас с Новым годом и Рождеством!
Желаем крепкого здоровья, счастья, успехов во всех делах!*

*Надеемся на дальнейшее сотрудничество.
Ждем ваших статей во все разделы нашего журнала.*