

*М. Т. Дидигов, В. М. Дурлештер*

## СПОСОБ РАДИКАЛЬНОЙ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ ПРИ «СЛОЖНОЙ» ЯЗВЕ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ

Частота так называемых «сложных» язв в хирургии осложненной язвенной болезни ДПК колеблется от 15 до 25% [1–5]. При обширных хронических 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 [5–7]. 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 [8–11].

Таким образом, оптимизация хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза ДПК, поиск новых методов выполнения органосохраняющих пособий при «сложных» язвах является актуальной проблемой современной хирургической гастроэнтерологии, требующей своего решения.

**Материал и методы исследования.** Оперировано 18 больных с обширными язвами задней стенки луковицы ДПК, осложненными протяженным декомпенсированным рубцово-язвенным стенозом (ДекРЯС). 16 пациентов оперированы в условиях ГБУЗ ККБ № 2, двое — в МБУЗ КГК БСМП г. Краснодара. Всем больным выполнялась изолированная радикальная дуоденопластика (РДП) по предложенной нами методике (патент РФ № 2336032 от 20.10.2008 г.). Все больные были мужского пола, работоспособного возраста. 13 пациентов имели длительный язвенный анамнез с типичными болями, изжогой, сезонными обострениями. 3 пациента перенесли ранее операции по поводу осложнений язвенной болезни ДПК: ушивание перфоративной язвы было произведено 2 больным, 1 пациент был оперирован ранее по поводу язвенного дуоденального кровотечения.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование, включающее водно-электролитный баланс, кислотно-щелочное равновесие, показатели азотистого обмена. Для подтверждения диагноза дуоденостеноза, определения степени декомпенсации больным выполнялась ФГДС, рентгеноконтрастное исследование желудка.

---

*Дидигов Мурат Тамерланович* — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий отделением, МБУЗ КГК БСМП г. Краснодар, хирургическое отделение № 2, ГБОУ ВПО КубГМУ; e-mail: muratdidigov@yandex.ru

*Дурлештер Владимир Моисеевич* — доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача по хирургии, ГБУЗ ККБ № 2, г. Краснодар, ГБОУ ВПО КубГМУ; e-mail: durlechther59@mail.ru

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

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

В послеоперационном периоде больным проводилась назогастральная декомпрессия, раннее энтеральное зондовое питание, инфузионно-трансфузионная терапия.

**Результаты исследования.** Всем 18 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. 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, так как смещение и расширение зоны иссечения может 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. После иссечения всех рубцовоизмененных тканей производим демукозацию участка задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки (при протяженном ДекРЯС ДПК 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 позво-

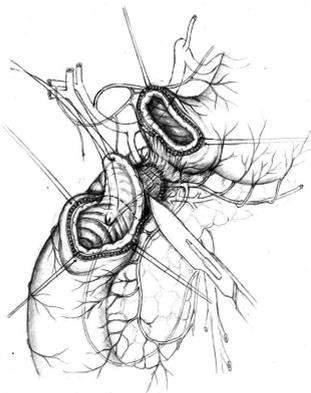


Рис. 1. Этап демукозации участка задней стенки луковицы ДПК

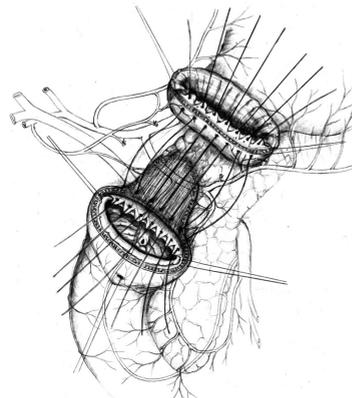


Рис. 2. Формирование однорядного серозно-мышечно-подслизистого шва

ляет добиться заживления дуоденальной раны по типу первичного натяжения, без краевого некроза слизистой, с образованием нежного рубца. Зону анастомоза формируем на ложе из демукозировавшего участка задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, что способствует лучшему заживлению, является мерой профилактики несостоятельности дуоденального шва. Окончательный вид операции представлен на рисунке 3.

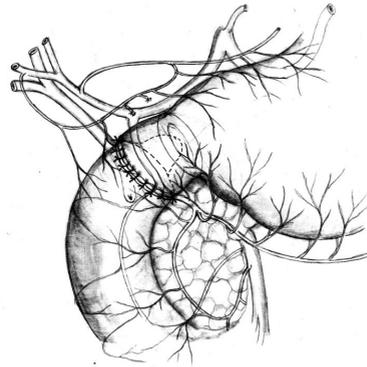


Рис. 3. Окончательный вид операции

В раннем послеоперационном периоде у одного больного имело место развитие послеоперационного панкреатита, проявлявшегося опоясывающими болями, тошнотой, рвотой, повышением амилазной активности сыворотки крови. Явления панкреатита были купированы комплексом консервативных мероприятий (введение октреотида, контрикала, ульказола, спазмолитиков, проведением инфузионной дезинтоксикационной терапии). Летальных исходов не было. Трудоспособность восстановлена у всех больных. Метод может быть рекомендован к использованию при обширном рубцово-язвенном разрушении задней стенки луковицы ДПК при «сложных» дуоденальных язвах.

#### Литература

1. Бабалич А. К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью ДПК // Хирургия. 1999. № 7. С. 19–22.
2. Жанталинова Н. А. Выбор хирургической тактики при гигантских язвах желудка и ДПК // Хирургия. 2005. № 12. С. 30–32.
3. Батвинков Н. И., Иоскевич Н. Н. Органосохраняющая хирургия язвенной болезни. Гродно: ГГМИ, 1995. 172 с.
4. Дегтярева И. И., Харченко Н. В. Язвенная болезнь. Киев, 1995. 333 с.
5. Чарышкин А. Л. Результаты хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв с сочетанными ulcerогенными осложнениями // Вестник хирургической гастроэнтерологии. Приложение. 2012. С. 29.
6. 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.
7. Жигаев Г. Ф., Кривигина Е. В. Нарушения гастроинтестинальной моторики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клиническая медицина. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. 2011. № 1 (77). Ч. 2. С. 64–67.
8. 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.
9. Наумов В. Ф., Шпалинский Г. В., Габдраупова С. Р. и др. Дуоденопластика резецированным желудком при язвенной болезни // Хирургия. 2000. № 10. С. 49–55.
10. Оноприев В. И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни. Краснодар, 1995. 186 с.
11. 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. Vol. 284, N 6. P. 956–962.

Статья поступила в редакцию 15 августа 2013 г.