

ВЫБОР СПОСОБА ГАСТРОЕЮНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Ш.Т.УРАКОВ, Л.М.НАЖМИДДИНОВ

The choose of the gastrojejunal anastomosis way of the surgical treatment in gastric resection in the surgery of complicated duodenal ulcers

Sh.T.Urakov, I.M.Najmiddinov

Бухарский филиал РНЦЭМП

Описаны этапы становления и современное состояние хирургии осложненных дуоденальных язв. В настоящее время главной проблемой хирургии осложненных дуоденальных язв остаются заболевания оперированного желудка, которые являются причинами неудовлетворительных результатов в отдаленном периоде после резекции желудка. Среди многообразия различных форм заболеваний оперированного желудка наиболее часто встречаются демпинг-синдром и рефлюкс-гастрит. В статье затрагиваются нерешенные и дискуссионные вопросы, указывается, что наиболее часто резекция желудка заканчивается наложением анастомоза по Бильрот II из-за технической легкости его выполнения, после которого нередко указанные осложнения. Авторы указывают на преимущество клапанных гастроjejunalных анастомозов с целью предотвращения этих осложнений после операции.

Ключевые слова: дуоденальная язва, осложнения, хирургическое лечение, резекция желудка

The stages of formation and the modern conditions of the surgery of the complicated duodenal ulcers are described here. Nowadays the main problem of the surgery of the complicated duodenal ulcers still remains the diseases of the operated stomach which are the causes of unsatisfactory results in the remote period after the stomach resection. Among the variety of various types of the operated stomach diseases most often there is a dumping-syndrome and reflux gastritis. Unsolved and debatable problems are underlined and it is mentioned that most often the stomach resection is ended with applying anastomosis on Bilrot-II due to the technical ease of its performing after which the above mentioned complications frequently appear. Authors specify the advantages of valve gastrojejunal anastomosis to prevent such complications after the operations.

Key-words: duodenal ulcer, complications, surgical treatment, stomach resection

Успехи как терапии, так и хирургии в лечении дуоденальных язв несомненны. Тем не менее, эта патология в структуре болезней органов пищеварения продолжает занимать одно из первых мест [37,41,42]. Это диктует необходимость дальнейшей разработки оптимальных методов лечения и эффективной профилактики язвенной болезни.

В настоящее время существуют разнообразные хирургические методы лечения, большинство из которых достаточно эффективно решает только определенные задачи. Однако нет ни одного способа хирургического лечения, которое полностью бы сохранило физиологическое состояние желудка. Наиболее часто в хирургии осложненных дуоденальных язв используются резекционные способы и различные варианты ваготомии [25].

Из резекционных методов лечения преимущественно используется резекция желудка по Бильрот I с восстановлением физиологического пассажа по двенадцатиперстной кишке, реже - варианты резекции желудка по Бильрот II с пассажем пищи в тонкую кишку [16,27].

Операция Бильрот I в силу своей физиологичности дает наилучшие функциональные результаты в отдаленном периоде, однако широкое применение этой операции ограничивается техническими сложностями в зоне инфильтрированной двенадцатиперстной кишки, анатомическими особенностями этой зоны (должен оперировать только опытный хирург), большим риском для жизни больного (при наступлении недостаточности швов гастродуоденоанастомоза), а также некоторыми противопоказаниями к её выполнению (наличие дуоденостаза) [28].

Операция Бильрот II довольно часто вызывает функциональные нарушения в отдаленном периоде (демпинг-синдром - ДС, синдром приводящей петли) после операции, однако технически проще (может выполняться любым хирургом, даже в центральной районной больнице), а осложнение, которое может возникнуть (недостаточность швов культи двенадцатиперстной кишки), как правило, не столь фатально для пациента. Кроме того, её можно и нужно выполнять при различных степенях нарушения дуоденальной проходимости, где требуется ис-

ключение пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке [4,21].

Таким образом, хирургическое лечение осложненных дуоденальных язв не может ограничиться одним видом оперативного вмешательства. Несмотря на совершенствование хирургической техники и применяемого инструментария, сегодня перед хирургами стоит задача улучшения отдаленных результатов операции, т.е. качества жизни пациентов.

Анализ более чем столетнего опыта оперативных вмешательств на желудке по поводу осложненных дуоденальных язв показывает, что резекция желудка, независимо от метода и модификации, в отдаленном периоде приводит к развитию различных пострезекционных синдромов, избежать которых практически не удается [4,40].

Среди множества пострезекционных синдромов оперированного желудка наиболее значимыми являются те, которые развиваются вследствие нарушения его моторно-эвакуаторной функции. В отдаленные сроки после операции к таковым относятся демпинг-синдром, синдром приводящей петли, энтеро- или дуоденогастральный рефлюкс и др. [16].

Согласно сводной статистике 60 хирургов [13,39], среди 22663 обследованных в отдаленном периоде после резекции желудка пациентов демпинг-синдром наблюдался у 22,3%, а тяжелая его форма – у 13,6%. Больные с тяжелой формой демпинг-синдрома, как правило, являются инвалидами II группы со стойкой утратой трудоспособности. По данным М. И. Кузина (1978), в первый год после резекции желудка инвалиды составляют 20–30% от числа всех оперированных, а в более поздние сроки их число уменьшается до 10–15%. В связи с этим проблема профилактики демпинг-синдрома приобретает не только медицинское, но и важное социальное значение.

Несмотря на большое количество публикаций, посвященных механизму развития ДС, патогенез этого страдания полностью не ясен, поскольку экспериментальная модель демпинг-синдрома не соответствует его особенностям у человека. Как и язвенная болезнь, он относится к заболеваниям, свойственным только человеку. Попытка создания унитарной теории развития демпинг-синдрома не увенчалась успехом из-за участия большого количества факторов, определяющих его возникновение. К настоящему времени существует около 25 теорий объяснения формирования демпинг-синдрома [36].

Среди многообразия механизмов развития демпинг-синдрома пусковым считается стремительное поступление пищевых масс из желудочной культи в верхние отделы кишечника вследствие удаления или разрушения его привратниковой части. Известно, что главной функцией пилорического жома является не только регуля-

ция выхода из желудка, но и создание препятствия обратному забросу химуса из двенадцатиперстной кишки в желудок [2]. Основное значение в продвижении пищи в кишечник придается градиенту внутрипросветного давления – между желудком и кишечными петлями. Этот градиент является результатом взаимодействия двух противоположных сил: изгоняющих и задерживающих. Изгоняющие представлены перистальтикой желудка и гидродинамическим давлением его содержимого. Сдерживающий фактор – это, в первую очередь, пилорический жом [7,8].

По мнению Я. Д. Витебского [10] сохранение порционного механизма эвакуации желудочного содержимого в кишечник является важнейшим фактором, позволяющим предупредить развитие демпинг-синдрома после резекции желудка.

Г.Д.Вилявина [9] же считает, что демпинг-синдром – это грубая поломка анатомо-физиологических взаимоотношений различных пищеварительных желез. Ритмичная моторная деятельность желудка способствует постепенному переходу пищи в кишечник и всасыванию, что предупреждает резкие изменения химизма крови после приёма пищи. После резекции желудка по Бильрот I или Бильрот II удаляется пилорический жом, образовавшийся в процессе эволюции для физиологической регуляции эвакуации, понижается тонус и перистальтика желудочной стенки [5,6,14,15]. Основными факторами, способствующими возникновению демпинг-синдрома, являются отсутствие правильно функционирующего родного привратника, ускоренная эвакуация из культи желудка, резкое повышение осмотического давления и повышенное образование в начальной петле тощей кишки биологически активных веществ [22,31,32,35,36]. В предупреждении демпинг-синдрома главное – обеспечение фракционного перехода пищи из желудка. В основе демпинг-синдрома лежат не количественные изменения, а скорость развёртывания их во времени.

Отмечено, что после резекции желудка по Бильрот I демпинг-синдром развивается реже и протекает легче, чем после операции по Бильрот II [24], что объясняют большими компенсаторными возможностями двенадцатиперстной кишки по сравнению с тощей кишкой.

S.R.Friensen [38] в эксперименте на собаках показал, что пилорус, даже когда он денервирован, способен к ритмичным сокращениям. Демпинг-синдром возникает вследствие быстрого поступления содержимого желудка в двенадцатиперстную кишку у собак с удаленным или рассечённым пилорусом, особенно при приёме жидкой пищи, оказывающей высокое осмотическое давление.

Данные рентгенологических и физических исследований последних лет подтверждают су-

ществование сфинктеров в двенадцатиперстной кишке, активно участвующих в её моторной деятельности: бульбодуоденального, расположенного выше верхнего изгиба; медиодуоденального в нисходящем отделе; сфинктера Окснера - в горизонтальной части [7,8,20,29]. Рентгенокинематография доказала, что порционность регулируется периодическими сокращениями двенадцатиперстной кишки, которые возникают на различном расстоянии от анастомоза, но в определенном месте. Замечено также, что демпинг-синдром у женщин возникает в 2 раза чаще, чем у мужчин, и в 3 раза чаще после резекции желудка по поводу дуоденальной, нежели желудочной язвы [2,29].

Считается, что исход резекции желудка у пациентов с осложненными дуоденальными язвами в определённой степени зависит от состояния моторно-эвакуаторной деятельности культи желудка. Именно тем, насколько она замещает или компенсирует функцию удаленной части желудка, определяется состояние больных в ранние и особенно в отдалённые сроки после резекции [1].

Многочисленные исследования показали, что демпинг-синдром возникает после удаления или выключения пилорического жома у больных с недостаточными компенсаторными механизмами вегетативной нервной системы, которые не в состоянии заменить функцию резецированного органа. Нарушение ритмичного пассажа пищи у оперированных с неустойчивым типом вегетативной нервной системы вызывает декомпенсацию сложных механизмов гомеостаза с развитием демпинг-синдрома [1,11,17,23,33-35]. С ними согласен А.И.Горбашко [12] который говорит, что демпинг-синдром является «апилорической вегетативной болезнью».

Выключение пассажа пищи через двенадцатиперстную кишку, поступление не переработанных пищевых масс, оказывающих высокое осмотическое давление, непосредственно в тонкую кишку, отсутствие порционного поступления пищи в кишечник и быстрое продвижение содержимого по начальным его отделам создает предпосылки для выраженных нарушений во всей взаимообусловленной, физиологически целесообразной регуляторной системе. Следует также учитывать, что постоянные неадекватные механические, химические и термические раздражители неизбежно приводят к развитию воспалительного процесса в верхних отделах тонкой кишки [12]. Опыт исследователей позволяет прийти к заключению, что основным фактором следует считать «провал» пищи в кишечник, демпинг-синдром в этих случаях может развиваться и после резекции желудка по Бильрот I и даже после селективной проксимальной ваготомии [25]. В то же время замедленный пассаж пищи

после резекции желудка по Бильрот II позволяет предупредить демпинг-синдром [16]. Следует считать, что даже при отсутствии клинических проявлений ускоренная эвакуация пищи приводит к развитию патологических состояний организма [3].

Учитывая значительную частоту выполнения резекции желудка по Бильрот II и довольно частые осложнения, возникающие в отдалённом периоде после неё, хирурги до сегодняшнего дня неоднократно пытались найти различные способы их предотвращения [10,14,33].

Таким образом, анализ литературы позволяет прийти к выводу, что резекция желудка остается методом выбора в хирургическом лечении осложненных дуоденальных язв в странах ближнего и дальнего зарубежья. Ближайшие результаты этой операции, независимо от вида резекции желудка, достаточно хорошие, однако отдалённые результаты операции оставляют желать лучшего. Они могут быть улучшены только путём формирования клапанных анастомозов, основная функция которых должна сводиться к предупреждению провала пищи из желудка в кишечник, а также предупреждению рефлюкса кишечного содержимого обратно. Особенно это касается тех случаев, когда методом выбора является легко выполняемая в техническом плане резекция желудка по Бильрот II. Другой вариант, по нашему мнению, предполагает, что при выборе метода резекции желудка следует учитывать возможность сохранения или моделирования функции привратника. Бесспорно одно – ни одна корригирующая операция не может заменить привратник как полноценно функционирующий орган.

Литература

1. Александрович Г.Л. Резекция желудка с сохранением привратника при язвенной болезни. Хабаровск 1978; 128.
2. Артемова А.В. Состояние желчевыделительной системы у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Сибир журн гастроэнтерол и гепатол 2000; 10: 109-112.
3. Афендулов С.А., Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и ДПК у женщин. М 2001; 116.
4. Белоконов В.И. Обоснование способа операции при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка: Автореф. Дис....д-ра мед.наук. Куйбышев 1990; 14-18.
5. Беляева О.А. Некоторые аспекты сократительной активности тонкой кишки после резекции желудка. Вестн РГМУ 2002; 1 (22): 36.
6. Беляева О.А., Иванов, А.Я., Сохор И.А. и др. Макроскопическая и микроскопическая оценка

- состояния слизистой культи желудка и пищевода у лиц с резекционными вмешательствами и их значение. Человек и его здоровье – 2005: Материалы науч.-практ. конф. сотрудников и студентов СПбГМА им. И.И. Мечникова, посв. 60-летию Победы в Великой Отечественной войне. Под редак. акад. РАМН А.В. Шаброва и др. СПб 2005; 28–29.
7. Березов Ю.Е., Лапин М.Д. О некоторых формах функциональной непроходимости желудочно-кишечного тракта после операций на желудке и пищеводе и их лечение. Функциональная непроходимость пищеварительного тракта. Материалы симп. М 1967; 248—253.
 8. Березов Ю.Е., Варшавский Ю.В. Оперированный желудок. М 1974.
 9. Вилявин Г.Д., Бердов Б.А. Болезни оперированного желудка. М 1975; 203-225.
 10. Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. М 1988; 10.
 11. Галлямов Э.А., Толстых, А.В. Модификация резекции желудка по Бильрот I в условиях стриктуры и деформации желудка и двенадцатиперстной кишки из лапароскопического доступа. Эндоскоп хир 2005; 11 (3): 10—15.
 12. Горбашко А.И., Рахманов Р.К. Постваготомические синдромы. Ташкент 1991.
 13. Гудимов Б.С., Коя л о И. К. Улучшение результатов резекции желудка при язвенной болезни. Минск 1975; 176.
 14. Дегтяренко В.М. Моторно-эвакуаторная функция культи желудка после резекции по Топроверу при гастродуоденальных язвах. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград 1791; 23.
 15. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Клоков С.С. и др. Оперированный желудок: анатомия и функция по данным инструментальных методов исследования. Новосибирск 2002; 240.
 16. Журавлев Г.Ю. Моторно-эвакуаторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки в связи с оперативным лечением язвенной болезни. Науч.-мед вестн Центрального Черноземья 2006; 24: 108-113.
 17. Корочанская Н.В., Восканян С.Э., Попандопуло К.И., Оноприева С.А. Хирургический и медикаментозный патоморфоз осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Вестн хир гастроэнтерол 2006; 1: 149.
 18. Кузин М.И., Постолов П.М., Кузин Н.М. Селективная проксимальная ваготомия в хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Материалы в с е с о ю з н о й к о н ф е р е н ц и и п о о р г а н о с о х р а н я ю щ и м о п е р а ц и я м (в а г о т о м и и) п р и я з в е н н о й б о л е з н и ж е л у д к а и д в е н а д ц а т и п е р с т н о й к и ш к и . М 1978; 17 – 19.
 19. Кузин Н.М., Канадашвили О.В., Иванова В. Функциональное состояние желчного пузыря после резекции желудка с анастомозом по Ру. Хирургия 2000; 5: 9-12.
 20. Мануйлов А.М., Шадиев А.И., Болдовская Е.А. и др. Влияние энтеротропной терапии на барьерную функцию эпителия тонкой кишки после резекции желудка и радикальной дуоденопластики. Кубанский науч мед вестн 2006; 10: 60-62.
 21. Майстренко Н.А. Современные концепции плановой хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и ДПК. Материалы Всерос конф хирургов. Саратов 2003; 198.
 22. Маскин С.С., Шварцман И.М., Шемонаев Ю.Ф., Сироткин Д.В. Ультразвуковая оценка моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка и желудочно-кишечных анастомозов. Материалы научно-практической конференции. Волгоград 2005; 151-151.
 23. Мыш Г.Д. Секреторная функция оперированного желудка. Клини хир 1982; 6: 24—26.
 24. Мышкин К.И., Храмов В.П. Результаты резекции желудка с термино-латеральным гастродуоденоанастомозом. Хирургия 1973; 7: 57—60.
 25. Маят В.С. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки ваготомией. Клини мед 1990; 68 (8): 31-36.
 26. Оноприева С.А., Попандопуло К.И., Корочанская Н.В. Экономическая эффективность хирургического и медикаментозного лечения осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Вестн хир гастроэнтерол 2006; 1: 150.
 27. Оскретков В.И., Шмарина И.В., Саданов В.С. Пептические язвы гастроэнтероанастомоза и тощей кишки. Барнаул 2004.
 28. Панцырев Ю.М., Чернукевич С.А., Михалев А.И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза. Хирургия 2003; 2: 18-21.
 29. Рудая Н. С. Клинико-эндоскопическая, морфологическая оценка арефлюксных анастомозов после резекции желудка у больных с гастродуоденальными язвами. Дис. ...канд. мед. наук. Томск 1999.
 30. Самсонов М.А., Лоранская Т.И., Нестерова А.П. Постгастрорезекционные синдромы. М Медицина 1984; 192.
 31. Сироткин Д.В., Запорощенко А.В. Ультразвуковая оценка моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка и желудочно-кишечных анастомозов. Вестн РГМУ 2006; 2 (49): 181.
 32. Соколов С.А. Ультразвуковое исследование в оценке результатов пилорусмоделирующих операций после дистальной резекции желудка

- по Бильрот-1. Дис. ... канд. мед. наук. Томск 2000.
- 33.Топровер Г. С. Новое в хирургическом лечении язвенной болезни. Труды Волгоградского мед. ин-та. 1965; 19: 439—443.
- 34.Шалимов А. А. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. Киев 1972; 14-17, 264-319.
- 35.Шварцман И.М., Ермолаева Н.К., Сироткин Д.В., Маскин С.С. Состояние желудочно-кишечных анастомозов по данным контрастной сонографии. Актуальные вопросы современной хирургии. Материалы Всерос. конф. хирургов. Астрахань 2006; 184–185.
- 36.Шварцман И.М., Маскин С.С., Сироткин Д.В. Сонографическая оценка оперированного желудка. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Сочи 2006. Вестн хир гастроэнтерол 2006; 1: 56.
- 37.Friedman L.S., Martin P.T. The problem of gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin North Amer 1993; 22: 717-721.
- 38.Friensen S.R., Boley J., Miller D.R. The myenteric plexus of the pylorus: its early normal development and its changes in hypertrophic pyloric stenosis. Surgery 1956; 39: 21.
- 39.Fukuhara K., Osugi H., Takada N. et al. Reconstructive procedure after distal gastrectomy for gastric cancer that best prevents duodenogastroesophageal reflux. World J Surg 2002; 26 (12): 1452 - 1457.
- 40.Ghelase F. et al. Duodenal post-bulbar ulcers. Diagnostic and therapeutic problems. Chirurgia 2006; 101 (1): 47-53.
- 41.Viggiano T.R., Locke G.R. How common is acute upper gastrointestinal bleeding? Amer J Gastroenterol 1995; 90: 177-178.
- 42.Yavorski R.T., Wong R.K., Maydonovitch C. Analysis of 3294 cases of upper gastrintestinal bleeding in military medical facilities. Amer J Gastroenterol 1995; 90: 568-573.

**ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАКНИНГ
АСОРАТЛАНГАН ЯРА КАСАЛЛИГИ
ХИРУРГИЯСИДАГИ МЕЪДА РЕЗЕКЦИЯСИДА
ГАСТРОЕЮНАЛЬ АНАСТОМОЗ
УСУЛИНИ ТАНЛАШ**
Ш.Т.Ураков, Л.М.Нажмиддинов
РШТЎИМ Бухоро филиали

Мақолада асоратланган 12 бармоқли ичак яра касалликларининг замонавий ҳолати ва хирургик даволанишни ривожланиш босқичлари ёритилган. Ҳозирги вақтдаги ошқозон резекциясидан сўнг кечки асоратларнинг кўпчилигини демпинг-синдром ва рефлюкс-гастрит ташкил қилади. Асоратланган 12 бармоқли ичак яра касалликлари хирургиясида киёсий мураккаб бўлмаган Бильрот II операцияси нисбатан кўпроқ қўлланилади, холбуки юқорида кўрсатилган асоратлар асосан шу операциядан сўнг юзага келади. Бу эса замонавий хирургиянинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда. Муаллифлар бу муаммони ечишда клапанли гастроеюнал анастомозларни қўллаш ижобий натижалар беришини таъкидлайдилар.

Контакт: Ураков Ш.Т.
Бухарский филиал РНЦЭМП
Бухара, ул. Бахоуддина Накшбанда, 159.