

УДК 616.33 + 616.342] -002.44-089

УСОВЕРШЕНСТВОВАНАЯ МЕТОДИКА ФОРМИРОВАНИЯ ПРОТИВОСТЕНОТИЧЕСКОГО КОНЦЕ-КОНЦЕВОГО ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕНЕТРИРУЮЩИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

А.Г. Гринцов, Л.И. Василенко, Ю.Л. Куніцкий, А.А. Епифанцев, О.В. Совпель

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. С целью расширения возможностей к формированию прямого конце-концевого гастродуоденоанастомоза (ГДА) при резекциях желудка (РЖ) у больных с пенетрирующими дуоденальными язвами проведены клинические исследования на 24 больных, у которых выполнены РЖ по способу Бильрот-1 (16 больных) и дистальные трубчатые резекции желудка (ТРЖ) с формированием ГДА (8 больных). Усовершенствованная методика формирования ГДА снижает травматичность вмешательства за счет пластического укрытия кратера пенетрирующей язвы ДПК, предупреждает сужение просвета сформированного ГДА, снижает развитие послеоперационных анастомозитов и эвакуационных нарушений. Методика операции рекомендуется для применения в клинической практике.

Ключевые слова: язвенная болезнь, резекции желудка, гастродуоденоанастомоз, пенетрирующие язвы.

Проблема эффективного хирургического лечения больных с пенетрирующими язвами двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается одной из сложных и окончательно не разрешенных в современной хирургической гастроэнтерологии [1,3,5,8]. Особенно остро стоит эта проблема при резекциях желудка (РЖ) с формированием прямого гастродуоденоанастомоза (ГДА) [1-3,5-7,9].

Известные способы хирургического лечения пенетрирующих пилоро-дуоденальных язв (ПДЯ) с формированием ГДА–и гастроэнтероанастомоза (ГЭА) при хирургическом лечении язвенной болезни желудка и ДПК состоят в удалении патологически измененного дистального участка желудка и луковицы ДПК с последующим совмещением краев желудка и ДПК и формированием ГДА двухрядным швом, после предварительной экстерииоризации пенетрирующей язвы [9]. Ряд хирургов [5,10] отдают предпочтение РЖ с экстерииоризацией пенетрирующей язвы с последующим закрытием дуоденальной культи (ДК) и формированием ГЭА. Недостатком известных способов РЖ является то, что при пенетрирующих ПДЯ (из-за сложной техники экстерииоризации пенетрирующей ПДЯ) в 15-20% случаев возникает риск сужения просвета конце-концевого ГДА и развития эвакуаторных наруше-

ний в ранний срок после операции (обусловленных развитием вторичного панкреатита, воспалением и отеком на участке шва ГДА с последующим рубцовым сужением и развитием недостаточности швов ГДА). Поэтому, большинство хирургов [10] при пенетрирующих язвах ДПК предпочитают не рисковать и отдают предпочтение менее физиологичному способу РЖ (Бильрот-2) на выключение язвы с формированием ГЭА или предварительно осуществляют экстерииоризацию пенетрирующей ПДЯ с последующей сложной техникой формирования культи ДПК (работая на открытой культе). Это обстоятельство требует от хирургов определенного практического опыта и филигранной техники выполнения операции, которая пролонгирует срок вмешательства и увеличивает количество послеоперационных осложнений.

Материал и методы

С целью расширения возможностей к формированию прямого конце-концевого ГДА при РЖ у больных с пенетрирующими язвами ДПК нами проведены клинические исследования на 24 больных, у которых выполнены РЖ по способу Бильрот-1 (16 больных) и дистальные трубчатые резекции желудка (ТРЖ) с формированием ГДА (8 больных). Применены рентгенологические, эндоскопические, клинические исследования.

Операцию выполняли по следующей методике. Осуществляли срединную лапаротомию, мобилизацию дистальной части желудка и начального отдела луковицы ДПК. Раскрывали просвет ДПК за проксимальным краем кратера язвы ДПК, которая пенетрировала в головку поджелудочной железы. Проводили гемостаз в ране. Удаляли патологически измененную дистальную часть желудка и проксимальную часть луковицы ДПК в нужном объеме с формированием языкообразного лоскута из задней стенки желудочной культи (ЖК) длиной 2,5-3 см (в зависимости от размера кратера пенетрирующей язвы). Расслаивали стенку сформированного языкообразного лоскута из

дистальной части задней стенки ЖК с отделением слизисто-подслизистого слоя от серозно-мышечного слоя (лучше формировать языкообразный лоскут из дистальной части трубчатой ЖК при дистальных ТРЖ). Далее осуществляли пластическую экстериоризацию кратера пенетрирующей язвы задней стенки ДПК и формировали заднюю губу прямого ГДА за счет пластического покрытия кратера пенетрирующей язвы ДПК мобильным свободным краем языкообразного слизисто-подслизистого лоскута из расслоенной задней стенки дистальной части ЖК. Сначала накладывали наружный ряд швов атравматичной иглой на заднюю губу ГДА. Для этого накладывали дугообразно серозно-мышечные одиночные капроновые узловы швы на дистальную часть серозно-мышечного языкообразного лоскута из расслоенной задней стенки дистальной части ЖК и проксимальный край полукруглого кратера пенетрирующей части язвы. Потом накладывали внутренний ряд швов атравматичной иглой на заднюю губу ГДА. Для этого свободный край лоскута языкообразного слизисто-подслизистого слоя из расслоенной задней стенки дистальной части ЖК дугообразно фиксировали слизисто-подслизистыми узловыми капроновыми швами по длине на размер пенетрирующей язвы луковицы ДПК к дистальному краю полукруглости кратера пенетрирующей части язвы. При этом осуществлялась менее травматичная, по сравнению с известными методиками, пластическая экстериоризация кратера пенетрирующей язвы ДПК. Проводили трансназально через просвет формуемого ГДА дуоденальный зонд: в тощую кишку для энтерального питания и ЖК-для декомпрессии. Далее формировали переднюю губу ГДА двухрядными узловыми капроновыми швами атравматичной иглой (первый, внутренний) ряд швов -одиночные узловы капроновые швы через все слои стенок ГДА по методике Матешука, второй (наружный) ряд -одиночные узловы серозно-мышечные капроновые швы.

Результаты и обсуждение

Использование атравматичного шовного материала снизило травматичность операции и количество послеоперационных вторичных панкреатитов на 12,5%. Принимая во внимание тот факт, что разработанная методика операции осуществлялась при прямом контакте с поджелудочной железой, мы проводили противопанкреатическую терапию с использованием ингибиторов ферментов как в пред- так и в раннем послеоперационном периоде, что позволило снизить и, в ряде случаев, предотвра-

тить развитие анастомозитов. Протистенотичный эффект операции заключался в устранении противостояния валика линии швов ГДА за счет смещения швов языкообразного лоскута на размер длины лоскута (в среднем, на 2-2,5 см), что значительно (на 12,5%) уменьшило количество послеоперационных анастомозитов в ранние сроки после операции.

Клинические обследования и наблюдения за больными через 1,3,6 месяцев, 1,2,3 года после операции не выявили каких-либо эвакуаторных нарушений. Проведенные рентгенологические исследования оперированных больных с изучением пассажа бариевой взвеси через ГДА и далее по кишечнику не обнаружили каких-либо эвакуационных нарушений. Случаев дуодено-гастрального рефлюкса (ДГР) не выявлено. Летальных исходов не наблюдали. Из послеоперационных осложнений выявлены: анастомозиты в ранний срок (4-7 суток после операции)- у 3 (12,5%) больных (пролечены консервативно с положительным эффектом); гипостатические пневмонии-у 2 (8,3%) больных (пролечены консервативно). Недостаточности швов ГДА, явлений ДГР и диспептических нарушений у оперированных больных не наблюдали. Большинство-20 (83% больных) были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 10-12 сутки после операции, у которых констатировано заживление раны первичным натяжением. У большинства 18 (75%) обследованных существенных жалоб на состояние здоровья не выявлено. При эндоскопическом исследовании у 3 (12,5%) больных выявлено задержку отхождения лигатур (удалены через эндоскоп). Большинство -16 (66,7%) больных продолжали работать на своей прежней работе, констатировали прибавление в весе (2-5 кг), выполненной операцией были довольны; 5 (20,8%) больных сменили свою прежнюю тяжелую работу на более легкую, жалоб на состояние здоровья не предъявляли, явлений ДГР и диспептических не отмечали, придерживались диеты; 3 (12,5%) больных вышли на пенсию по возрасту.

Успешные результаты клинического использования разработанного способа формирования ГДА при пенетрирующих ПДЯ позволяет рекомендовать этот вид операции для применения в хирургической практике.

УДОСКОНАЛЕНА МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ ПРОТИСТЕНОТИЧНОГО КІНЦЕ-КІНЦЕВОГО ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗУ ПРИ ЛЕЧЕННІ ПЕНЕТРУВАЛЬНИХ ДУОДЕНАЛЬНИХ ЯЗВ

О.Г. Грінцов, Л.І. Василенко, Ю.Л. Куніцький,
О.А. Єпіфанцев, О.В. Совпель

Реферат. С метою розширення можливостей щодо формування прямого кінце-кінцевого гастроудоденоанастомозу (ГДА) при резекціях шлунку (РШ) у хворих з пенетрувальними дуоденальними виразками проведено клінічні дослідження на 24 хворих, у яких виконані РШ за способом Бильрота-1 (16 хворих) і дистальні трубчасті резекції шлунка (ТРШ) з формуванням ГДА (8 хворих). Удосконалена методика ГДА дозволяє знизити травматичність втручання за рахунок пластичного покриття кратера пенетрувальної виразки ДПК, попереджає звуження ГДА, знижує розвиток післяопераційних анастомозитів і евакуаційних порушень. Методика операції рекомендується для використання в клінічній практиці.

Ключові слова: виразкова хвороба, резекції шлунка, гастроудодено-анастомоз, пенетрувальні виразки.

THE ADVANCED TECHNIQUE OF FORMATION ANTISTENOTIC END-TO-END TRAILER GASTRODUODENANASTOMOSES IN TREATMENT OF PENETRATION DUODENAL ULCERS

A.G. Grintsov, L.I. Vasilenko, Yu.L. Kunitsky,
A.A. Epifantsev, O.V. Sovpel

Abstract. The advanced technique of antisthenotic formations of gastro-duodeno-anastomoses (GDA) in resections of a stomach (RS) was applied in 24 patients with penetration of duodenal ulcers. RS were executed according to Billroth-1 method (16 patients) and distal tubular resections of the stomach (TRS) with the formation of antisthenotic GDA (8 patients). The advanced technique of GDA formation reduces traumatic agents due to the plastic shelter of a crater of penetrating duodenal ulcer; prevents the narrowing of GDA lumen, decreases the development of post-operative anastomosis and evacuation infringements. The method of antisthenotic GDA is recommendation for the application in surgical practice.

Key words: stomach ulcer, resections of a stomach, gastro-duodeno-anastomoses, penetration, duodenal ulcers.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов Б.Ф. О некоторых путях улучшения результатов хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Б.Ф.Борисов, Л.И.Василенко, Ю.Л.Куніцький.-Донецк,1986.-27 с.. (Рукопись деп.во ВНИИМИ МЗ СССР, №11912-86).
2. Василенко Л.И. Сравнительная характеристика усовершенствованных способов трубчатых резекций желудка в лечении гастроудоденальных язв: автореф.дис.на соиск.учен степ. д-ра мед.наук: спец.14.00.27 «Хирургия» / Л.И.Василенко. -СПб., 1993. - 43 с.
3. Василенко Л.И. Трубчатые резекции желудка в лечении гастроудоденальных язв /Л.И.Василенко, И.Е.Верхулецкий.-Донецк: "Донецчина", 2003.-336 с.
4. Верхулецкий И.Е. Экономная резекция желудка с ваготомией и пилоропластическим интрамуральным анастомозом как метод хирургического лечения язвенной болезни: автореф.дис.на соиск.учен степ. д-ра мед.наук: спец.14.00.27 «Хирургия» /И.Е. Верхулецкий И.Е.-К., 1990.-28 с.
5. Земляной А.Г. Выбор способа резекции при язвенной болезни желудка (методическое пособие) / А.Г.Земляной, Н.М.Хорошилов, Н.И.Глушков.,1992.-СПб., ГИДУВ.-34 с.
6. Спосіб хірургічного лікування пенетруючих гастроудоденальних виразок. Патент на винахід UA № 65487 А (Україна) / Ю.Л.Куніцький, Г.Д.Попандопуло, Л.І.Василенко, І.Є.Верхулецький, К.Ю.Куніцький, Є.І.Верхулецький МКл А 61 В 17/00. -Донецький державний медичний ун-т ім.М.Горького.-Заява №2002010562; заявл. 22.01.2002 р.; опубл. 15.04.2002 //Бюл.№4.
7. Особенности иссечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, осложнившейся пенетрацией и стенозом / Н.Н.Велигоцкий и соавт. //Клінічна хірургія.-1998.-№8.-С.4-7.
8. Оноприев В.И. Этюды функциональной хирургии язвенной болезни / В.И.Оноприев.-Краснодар.-Издво: Полиграфическое производственное арендное предприятие, 1995.-296 с.
9. Спыну А.В. Пенетрирующие гастроудоденальные язвы /А.В.Спыну. //Хирургия им.Н.И.Пирогова. 1984.-№9.-С.78-81.
10. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта / А.А.Шалимов, В.Ф.Саенко. - К.: Здоров'я,1987.-568 с.