



Ф. Н. Нишанов,
Б. Р. Абдуллажанов,
М. Ф. Нишанов,
У. Д. Усманов

Андижанский Государственный
медицинский институт,
республика Узбекистан

© Коллектив авторов

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПО РУ С ИНВАГИНАЦИОННЫМ ЭНТЕРО-ЭНТЕРОАНАСТОМОЗОМ В ХИРУРГИИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Резюме. Авторы анализируют результаты хирургического лечения 22 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки сочетанной с хроническим нарушением дуоденальной проходимости. Всем больным была выполнена резекция желудка в модификации Ру – Ибадова, при этом межкишечный анастомоз наложен методом «инвагинации» с использованием однорядного шва. Авторы приходят к заключению, что методика наложения инвагинационных анастомозов имеет ряд преимуществ как в плане технической — повышается надежность анастомоза и упрощается техника ее наложения, так и функциональной оценки — во все сроки наблюдения инвагинат препятствует рефлюксу содержимого тощей кишки в двенадцатиперстную кишку.

Ключевые слова: *желудок, резекция, анастомоз.*

Введение

Одной из современных особенностей течения хронической язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является увеличение в ее структуре количества нарушений хронической дуоденальной проходимости. Частота их достигает 60 % [2, 7, 8].

Хирургическое лечение больных, у которых хроническая дуоденальная непроходимость является единственным осложнением хронической язвы двенадцатиперстной кишки, относится к плановой хирургии. Основной задачей хирургического лечения в данной ситуации является удаление язвы как источника осложнения, снижение пептических факторов желудочного сока, нормализация моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК. Одной из основных причин рецидива язвы является хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП).

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в сочетании с хроническим нарушением ХНДП операцией выбора является резекция желудка по Ру. Однако межкишечный энтеро-энтероанастомоз, сформированный по типу «конец в бок», создает условия для заброса желудочно-кишечного содержимого в двенадцатиперстную кишку, что может привести к развитию панкреатита, холецистита и усугубить течение основного заболевания [1, 3, 4, 5, 6, 9, 10].

Цель исследования

Обосновать применение межкишечного анастомоза методом «инвагинации» с однорядным швом при резекции желудка по Ру

в реконструктивной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследований

На базе кафедры хирургических болезней 6–7 курса Андижанского Государственного медицинского института при сочетании язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с хроническим нарушением дуоденальной проходимости было выполнено 22 резекции желудка в модификации Ру – Ибадова, при этом межкишечный анастомоз был сформирован методом «инвагинации» с использованием однорядного шва. Из них женщин было — 5 (22,7 %), мужчин — 17 (77,3 %). Средний возраст составил 46 лет. Основную группу больных 16 (72,7 %) составили больные, уже перенесшие в анамнезе оперативное вмешательство по поводу язвенной болезни. Из них 6 больных перенесли ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, 2 больных — резекцию желудка по Бильрот-I и 8 — резекцию желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера Финстерера. В данной группе хроническое нарушение дуоденальной проходимости не было диагностировано и как следствие не скорректировано при выполнении первичного оперативного вмешательства. Однако при ретроспективном анализе историй болезни её наличие не вызывает сомнений. По-видимому, данное обстоятельство и явилось причиной неудовлетворительного результата после первичного хирургического вмешательства: у 6 больных диагностированы рецидивные язвы (2 больных после резекции желудка по Бильрот-I и 4 больных после резек-

ции желудка по Бильрот-II), у 6 больных незажившая язва (после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки) и у 4 больных пептическая язва анастомоза (все после резекции желудка по Бильрот-II). Остальные 6 (27,3 %) пациентов подвергались оперативному вмешательству впервые. Диагноз язвенной болезни и сочетанной хронической дуоденальной непроходимости обосновывался комплексным обследованием, с обязательным изучением анамнеза, клинической симптоматики и проведением общеклинических анализов. При этом, данные рентген-эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки дополнялись рентгенконтрастной дуоденографией в условиях гипотонии. Тщательное дооперационное обследование позволило своевременно диагностировать сочетание язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с хроническим нарушением дуоденальной проходимости и выбрать патогенетически обоснованный метод операции.

Методика операции. После мобилизации и формирования культи желудка, ушивается культя двенадцатиперстной кишки. Затем берет петлю тонкой кишки на 15–20 см ниже связки Трейтца. Её брыжейку рассекают между лигатурами перпендикулярно кишке так, чтобы сохранить центральную сосудистую аркаду, а сосуды двух периферийных аркад пересекают. На несколько сантиметров выше этого места и ниже его на кишку накладывают две нити-держалки и пересекают кишку. В результате образуются две петли: приводящая и отводящая. Отводящую петлю подтягивают к культе желудка и соединяют по способу «конец в конец» двухрядным швом. Дистальнее гастроэюноанастомоза (на 15–20 см) накладывают однорядный шелковый шов между приводящей и отводящей петлями. Отступая на 5–6 мм от линии швов производят продольный разрез в стенке тощей кишки длиной 2–2,5 см и погружают приводящую часть кишки на 2–2,5 см в этот разрез по типу «конец в бок» с инвагинацией приводящей петли в отводящую с помощью серозно-мышечных однорядных шелковых швов. Для декомпрессии зоны как гастроэюно-, так и межкишечного анастомоза оставляют назогастроэюнальный зонд (рис).

Результаты исследований и их обсуждение

При анализе данных клинико-инструментальных методов исследования больных в различные сроки после оперативных вмешательств с использованием инвагинационных анастомозов выявили следующие особенности:

- рентгенологическое исследование с использованием бариевой взвеси показало, что проходимость как гастроэнтеро, так

и энтеро-энтероанастомозов достаточная;

- расширения просвета приводящих отделов кишечника перед анастомозом ни в одном наблюдении не отмечено;
- в сроки до 2 лет и более, рефлюкса контраста через анастомоз, наложенный инвагинационным методом, мы не отметили.

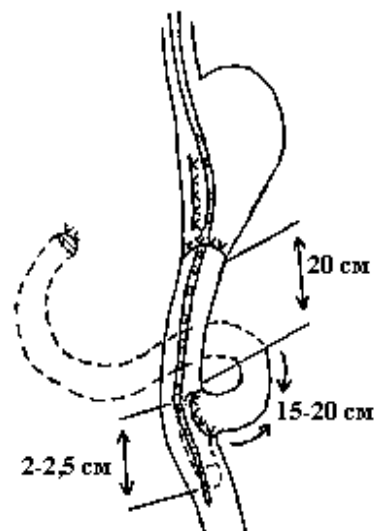


Рис. Общий вид резекции желудка по Ру – Ибадову с формированием инвагинационного энтеро-энтероанастомоза

При эндоскопическом исследовании в ближайшем послеоперационном периоде выявлено, что у больных с инвагинационным анастомозом инвагинат приводящей кишки выступает в просвет отводящей кишки примерно на 2 см с выраженной картиной воспалительных явлений. При осмотре пациентов через 6 месяцев, воспалительных явлений в области анастомоза не выявлено. Отмечается уменьшение выступающего в просвет отводящей кишки инвагината до 1–1,5 см. В 2 наблюдениях анастомоз имел вид зияющего соустья, при этом мы не наблюдали его смыкания, в остальных случаях инвагинационный анастомоз представлялся в виде губовидного выбухания. В отдаленные сроки исследования эндоскопическая картина инвагината была следующей: инвагинированный отрезок приводящей кишки подвергается резорбции и превращается в тонкий, мягкий, губовидный валик по окружности соустья. При осмотре через 2 года и более, у пациентов с инвагинационным анастомозом эндоскопическая картина осталась прежней.

Необходимо отметить, что течение послеоперационного периода, у наших больных, не отличалось от обычного. У двух больных развились бронхолегочные осложнения, потребовавшие консервативного лечения. Каких-либо осложнений связанных с техникой выполне-



ния операции мы не наблюдали. Летальных исходов не было.

Выводы

Таким образом, клинико-инструментальная оценка межкишечных анастомозов показала, что методика наложения инвагинацион-

ных анастомозов имеет ряд преимуществ как в плане технической - повышается надежность анастомоза и упрощается техника ее наложения, так и функциональной оценки — во все сроки наблюдения инвагинат препятствует рефлюксу содержимого тощей кишки в двенадцатиперстную кишку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. И. Модификация резекция желудка по Ру и ее использование в реконструктивной хирургии желудка / А. И. Баранов, С. В. Виноградов // В сб. трудов аспирантов и соискателей СГМУ. — Томск : СГМУ, 1994. — С. 84.

2. Благитко Е. М. Хроническая дуоденальная непроходимость и способы её коррекции / Е. М. Благитко. — Новосибирск, 1993. — 224 с.

3. Ибадов И. Ю. Модификация резекции желудка по Ру и Ридигеру / И. Ю. Ибадов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 1991. — № 3. — С. 76-78.

4. Кузин Н.М. Функциональное состояние поджелудочной железы после резекции желудка с анастомозом по Ру / Н. М. Кузин, О. В. Канадашвили, Е. М. Майорова // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2000. — № 4. — С. 22-26.

5. Моргошия Т. Ш. Субтотальная резекция в модификации Бильрот-1 и её эффективность при лечении рака

дистального отдела желудка / Т. Ш. Моргошия // Хирургия. — 2006. — № 7. — С. 10-13.

6. Субтотальная дистальная резекция желудка по Ру с «клапаном» тонкой кишки в хирургии желудка / Г. К. Жерлов, А. И. Баранов, Д. В. Зыков [и др.] // Артерие-флюксные анастомозы в хирургии рака желудка. — Томск, 1996. — С. 61-62.

7. Хирургическое лечение при хронических гастродуоденальных язвах / Борисов А. Е., Земляной В. П. [и др.] // Вестник хирургии. — 2002. — № 1. — С. 79-81.

8. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки на фоне хронической дуоденальной непроходимости / Г. К. Жерлов, А. П. Кошель, А. В. Помыткин [и др.] // Хирургия. — 2003. — № 5. — С. 19-23.

9. Kelly F. Kelly Operations for peptic ulcer/ Keith F. Kelly. - Surgery. — 2001. — Vol.19, № 6. — P. 802-803.

10. Pechan J. Use of the jejunal Roux-en-Y anastomosis in intra-abdominal surgery / J. Pechan, J. Mikulas // Bratislavské Lekárske Listy. — 2006. — Vol. 97, № 12. — P. 736-737.

РЕЗЕКЦІЯ ШЛУНКА ЗА РУ
З ІНВАГІНАЦІЙНИМ
ЕНТЕРО-
ЕНТЕРОАНАСТОМОЗОМ
В ХІРУРГІЇ ПРИ
РЕЦИДИВНИХ І
УСКЛАДНЕНИХ ВИРАЗКАХ
ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ
КИШКИ

**Ф. Н. Нішанов,
Б. Р. Абдуллажанов,
М. Ф. Нішанов,
У. Д. Усманов**

ROUX GASTRECTOMY WITH
INVAGINATED ENTERO-
ENTEROANASTOMOSIS IN
SURGERY FOR RECURRENT
AND COMPLICATED
DUODENAL ULCERS

**F. N. Nishanov,
B. R. Abdullazhanov,
M. F. Nishanov,
U. D. Usmanov**

Резюме. Автори аналізують результати хірургічного лікування 22 хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки поєднаної з хронічним порушенням дуоденальної прохідності. Всім хворим була виконана резекція шлунка в модифікації Ру — Ібадова, при цьому міжкишковий анастомоз накладений методом «інвагінації» з використанням однорядного шва. Автори приходять до висновку, що методика накладення інвагінаційних анастомозів має ряд переваг як в плані технічної — підвищується надійність анастомозу і спрощується техніка її накладення, так і функціональної оцінки — в усі терміни спостереження інвагинат перешкоджає рефлюксу вмісту порожньої кишки у дванадцятипалу кишку.

Ключові слова: шлунок, резекція, анастомоз.

Summary. The authors analyze the results of surgical treatment of 22 patients with duodenal ulcer combined with chronic violation of duodenal obstruction. All patients underwent resection of the stomach in the modification of the Roux — Ibadov while intestinal anastomosis imposed by «intussusception» using single-row suture. The authors conclude that the method of imposing invaginated anastomoses has several advantages both in terms of technology — improved reliability and simplified anastomosis technique and functional assessment — during all periods of observation intussusceptum prevents reflux of jejunal contents into the duodenum.

Key words: stomach, resection, anastomosis.